Aus der Frauen-Klinik der Universität Gießen
Direktor: Prof. Dr. v. Jaschke.

Klinisch-statistisches zur Symptomatologie, Therapie und Prognose der Lageveränderungen der Gebärmutter in der Frühschwangerschaft

Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Medizinischen Fakultät
der
Hessischen Ludwigs-Universität zu Gießen
vorgelegt von

Oswald Ludwig Werner Dieterich
aus Horrweiler

Gießen 1934

Buchdruckerei Ludwig Bitsch, Birkenau

Aus der Frauen-Klinik der Universität Gießen
Direktor: Prof. Dr. v. Jaschke.

Klinisch-statistisches zur Symptomatologie, Therapie und Prognose der Lageveränderungen der Gebärmutter in der Frühschwangerschaft

Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät

der

Hessischen Ludwigs-Universität zu Gießen

vorgelegt von

Oswald Ludwig Werner Dieterich
aus Horrweiler

Gießen 1934

Gedruckt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät zu Gießen.

Referent:
Priv.-Doz. Dr. Rossenbeck.

Klinisch-statistisches zur Symptomatologie, Therapie und Prognose der Lageveränderungen der Gebärmutter in der Frühschwangerschaft.

Wenn in dieser Arbeit die Lageanomalien des Uterus, speziell des graviden Uterus abgehandelt werden sollen, so ist es zweckmäßig, zunächst in kurzen Zügen noch einmal die Normallage des Uterus, des nichtgraviden sowohl, als auch des graviden zu streifen.

Unter der Normallage des Uterus verstehen wir sowohl für den nichtgraviden als für den graviden Uterus — wenigstens in den ersten Schwangerschaftswochen — die Anteversio flexio uteri. Diese kann je nach dem Füllungszustand der Blase etwas steiler oder in einem kleineren Flexionswinkel verlaufen. Bei fortschreitender Schwangerschaft wird der Flexionswinkel ein immer stumpferer, je weiter der Uterus in die freie Bauchhöhle hinaufsteigt, eine Tatsache, die sich durchaus in den Grenzen des Normalen bewegt.

Alle anderen, von dieser Lage abweichenden, gehören schon zu den Lageanomalien. Diese können (n. v. Jaschke) einmal infolge Insuffizienz der normalen Befestigungsmittel, zum andern durch Verdrängungserscheinungen (z. B. infolge von Tumoren) verursacht sein. Ueberwiegend häufig führen auch Schädigungen der Bauchwand — nicht nur infolge konstitutioneller Minderwertigkeit — sondern auch infolge Mehrbeanspruchung der Bauchdecken bei Mehr- und Vielgebärenden zu Lageanomalien. — Die häufigst auftretende Lageanomalie außerhalb und innerhalb der Gravidität ist die Retroflexio uteri. Ihr sei einleitend bezüglich der Indikationsstellung der Behandlungsnotwendigkeit eine ganz besondere Beachtung geschenkt. Es wirft sich dabei die Frage auf: Ist jede Retroflexio uteri behandlungsbedürftig? Bei einer zufällig entdeckten Retroflexio ist im allgemeinen keine Behandlung erforderlich (Fehling). Eine Behandlung ist erst dann gerechtfertigt, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen der Lageveränderung und den von der Patientin vorgebrachten Klagen sicher nachweisbar oder mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist (v. Jaschke). Unter allen Umständen behandlungsbedürftig sind folgende Formen: Die Retroflexio uteri gravidi (im Falle einer nicht spontanen Aufrichtung als

äußerst gefahrdrohender Zustand), die chron. Retroflexio uteri fixata, die Retroflexio uteri mobilis complicata. Diese veränderten Lageformen sind aus folgenden Gründen behandlungsbedürftig: Die Retroflexio uteri gravidi, weil es bei ihr, wenn weder spontane Aufrichtung erfolgt, noch die Gravidität in Spontanabort endigt, meist im 3.—4. Monat, manchmal auch erst im 5. Monat zur Einklemmung des graviden Uterus in die Kreuzbeinhöhle kommt, ein Zustand, den man als Incarceratio uteri gravidi retroflecti bezeichnet. Dieser Zustand führt oft zu ganz akuten, schwerst bedrohlichen Zuständen für die Patientin, die in der Hauptsache in Störungen von seiten der Blase bestehen, weniger von seiten des Rectums. Nähere Ausführungen über die Folgeerscheinungen, die im Falle einer Nichtbehandlung auftreten, folgen bei der Abhandlung dieses Spezialgebietes. Die Retroflexio uteri gravidi fixata ist unter allen Umständen und aus dem Grunde behandlungsbedürftig, weil, wie der Name ja schon sagt, eine bindegewebig fixierte Lage sich nie von allein lösen und aufrichten kann. Die Gefahr bei diesen Fällen besteht, je nach dem Ort der Fixation, in einer Ueberdehnung der Uteruswandung. Durch den immer mehr zunehmenden Innendruck kann es, wie es öfter im Nichtbehandlungsfalle vorkommt, entweder zu Spontanabort — im günstigsten Falle — oder zur Rupturierung kommen. Auch bei dieser Art der Lagestörung des Uterus treten Blasenstörungen auf, die bis zur Ischurie führen können. Eine Behandlung ist daher unbedingt geboten. — Eine Retroflexio uteri gravidi mobilis complicata ist behandlungsbedürftig, nicht wegen der Lageanomalie als solcher, sondern wie der Name ja schon sagt, wegen der Komplikationen, die sich, bedingt durch die Lageveränderung, ergeben. Diese können wiederum in Beschwerden von seiten des Harnapparates bestehen: schlechte Urinentleerung, Schmerzhaftigkeit der Miktion, völlige Urinretention, Cystitis, Cystopyelitis, Urämie oder phlegmonöse Veränderung der Blasenwand und ihren Folgeerscheinungen. Relativ geringgradiger und nicht so häufig sind die Störungen von seiten des Rectums.

Ueber die Lageverschiedenheiten des Uterus, des nichtgraviden sowie des graviden, wurde die Literatur im Laufe der Jahre mit einer Anzahl von Arbeiten der verschiedensten Autoren bereichert. Sie in dieser Arbeit alle anzuführen, würde wohl zu weit gehen. Ich glaube vielmehr, mich auf die Arbeiten von Prof. v. Jaschke über: „Lage- und Bewegungsanomalien des weiblichen Genitalapparates“ ins-

besondere die Kapitel „Symptome der Retroversio flexio uteri", Abhandlung der speziellen Lagen: „Retroflexio uteri gravidi", „Retroflexio uteri gravidi incarcerata und incarcerata partialis", „Retroflexio uteri gravidi partialis", „Retroflexio uteri gravidi mobilis und fixata", „pathologische anteversio flexio", usw., erschienen im Handbuch der Gynäkologie, Veit-Stoeckel, und die Abhandlungen über Lageanomalien in Halban-Seitz von Reifferscheid (III. Band: „Biologie und Pathologie des Weibes") beschränken zu dürfen.

Meine Aufgabe soll es sein, über die Symptomatologie, Therapie und Prognose der Lageanomalien der „schwangeren" Gebärmutter, speziell der Fälle zu berichten, die in den Jahren 1918—30 in der Universitätsfrauenklinik zu Gießen, Direktor Prof. Dr. v. Jaschke, zur Beobachtung, bzw. zur Behandlung kamen.

Der Arbeit liegt ein Material von 143 Fällen der verschiedensten Lageveränderungen des graviden Uterus zugrunde: Retroversio-flexio, Retropositio, Hyperanteversio und Positio, Lateriversio, Dextro- und Sinistropositio usw.

Es folgt zunächst eine statistische Zusammenstellung der 143 Fälle, die nachfolgend entsprechend der Häufigkeit ihres Auftretens nacheinander abgehandelt werden.

Statistische Zusammenstellung: Lageveränderungen in der Frühgravidität Gesamtzahl 143 Fälle.

1. Retroflexiones:			
a) einfache Retroflexiones			103
ohne Beschwerden	(47)		
mit Beschwerden	(56)		
b) Retrofl. incarcerata			6
c) „ incarcerata partialis			2
d) „ fixata			1
e) „ uteri gravidi partialis			1
			113 Fälle
2. Anderweitige Lageanomalien in der Schwangerschaft:			
a) Spitzwinklige anteversio			12
b) Dextropositio uteri gravidi			6
c) Dextro- bzw. Sinistroversio			4

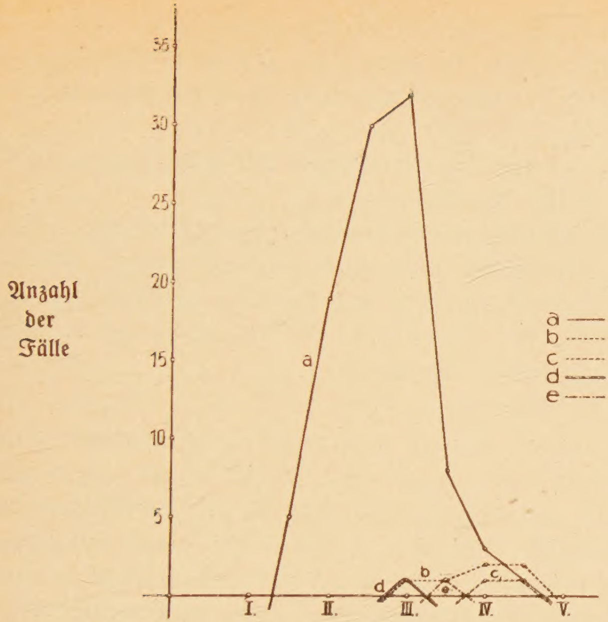
d) Uteri gravidi in Streckstellung	2
e) Anteflect. reklinierte Uteruslage	1
f) Retropositio uteri	1
g) Descensus uteri gravidi	4
	30 Fälle

Die unumstritten häufigst vorkommende Lageveränderung zu Beginn und in den ersten Schwangerschaftsmonaten ist die Retroflexio resp. Retroversio-flexio uteri gravidi. Von der Gesamtzahl von 143 überhaupt beobachteten Lageanomalien in der Frühschwangerschaft handelt es sich bei 113 Fällen um retroflektierte Uteruslagen. Die übrigen 30 Fälle betreffen Fälle von spitzwinkliger anteversio (12 Fälle), Dextropositio (6 Fälle), Dextro- bzw. Sinistroversio (4 Fälle), Uteri in Streckstellung (2 Fälle), anteverteiert reklinierte Uteruslage (1 Fall), Retropositio uteri (1 Fall), Descensus (4 Fälle) (siehe Statistik). — Die 113 Fälle von „Retroflexio" setzten sich entsprechend dem I. Teil der Gesamtstatistik (Retroflexiones) zusammen. Von diesen 113 Fällen gelangten zur Beobachtung:

Im: 1. Mon.	1.-2. Mon	2. Mon.	2.-3. Mon.	3. Mon.	3.-4. Mon.	4. Mon.	4.-5. Mon.
a) Ø	a) 5 Fälle	a) 19 Fälle	a) 30 Fälle	a) 32 Fälle	a) 8 Fälle	a) 3 Fälle	a) 1 Fall
b Ø	b) Ø	b) Ø	b) Ø	b) 1 Fall	b) 1 Fall	b) 2 Fälle	b) 2 Fälle
c) Ø	c) Ø	c) Ø	c) Ø	c) Ø	c) Ø	c) 1 Fall	c) 1 Fall
d) Ø	d) Ø	d) Ø	d) Ø	d) 1 Fall	d) Ø	d) Ø	d) Ø
e) Ø	e) Ø	e) Ø	e) Ø	e) Ø	e) 1 Fall	e) Ø	e) Ø

Bei 5 Fällen von einfacher Retroflexio ist der Zeitpunkt nicht genau festzustellen.

Graphische Darstellung obiger Statistik umseitig.



Fall a. = einfache Retroflexio mit und ohne Beschwerden.
Fall b. = Retroflexio incarcerata.
Fall c. = Retroflexio incarcerata partialis.
Fall d. = Retroflexio fixata.
Fall e. = Retroflexio uteri gravidi partialis.

Erläuterung zu der graphischen Darstellung der Statistik auf Seite 7:

Aus der Kurve geht klar hervor, daß die überwiegende Mehrzahl der Patientinnen, die wegen Retroflexio uteri gravidi ärztliche bzw. klinische Hilfe in Anspruch nimmt, sich im II./III. bzw. im III. Schwangerschaftsmonat befindet. Da der wachsende gravide Uterus normalerweise beim Uebergang vom III. zum IV. Schwangerschaftsmonat aus dem kleinen Becken aufzusteigen beginnt, so müssen notwendigerweise die um diese Zeit bzw. kurz vorher einsetzenden Beschwerden, die durch die jetzt sich ergebende „Raumbeengung" hervorgerufen werden, die Pat. zum Arzt führen.

Von den erwähnten 113 Fällen endigten 50 Fälle schon frühzeitig in den ersten Wochen bzw. Monaten, die meisten im zweiten Monat, in Aborten. In 4 Fällen von retroflektierter Uteruslage mußte schon frühzeitig wegen Tbc. Pulmonum zur Interruptio geschritten werden. Bei einem Fall ist der Ausgang in Frage gestellt,

da keine Nachuntersuchungen stattfanden (Retroflexio fixata). Die anderen 58 Fälle ließen sich immer mit Erfolg therapeutisch beeinflussen, wenn auch bei einigen wiederholte Eingriffe notwendig waren (s. später).

Was nun in den einzelnen Fällen die Behandlung angeht, so soll davon erst später die Rede sein.

Zunächst soll die Symptomatologie dieser häufigsten Lageveränderung einer näheren Betrachtung unterzogen werden. Es ist üblich, die Symptome der Retroflexio uteri, und zwar des nichtgraviden in zwei Gruppen einzuteilen (wir folgen dabei der Darstellung von v. Jaschke):

1. allgemeine Symptome.
2. Lokalsymptome.

Unter den allgemeinen sei die Summe von Symptomen gemeint, die man bei dem sogenannten „Habitus Stiller" antrifft: kleine, grazile, blasse Individuen, zarter Knochenbau, schmaler Thorax, steil verlaufende Rippen, eigentümliche Schlaffheit der Extremitäten-Muskulatur, subumbilicale Vorwölbung, die sogenannte primäre Enteroptose, zu der sich bei Asthenikerinnen eine secundäre Enteroptose später (nach Geburtsschädigungen, Erschlaffung der Bauchdeckenmuskulatur - Hängebauch) gesellen kann. Man kann die Retroflexio uteri als leichtesten Grad der Ptose ansehen (v. Jaschke). Hierbei brauchen keineswegs alle die erwähnten Symptome zuzutreffen, wie es ja überhaupt irgendwelche charakteristischen Symptome für die Retroflexio uteri nicht gibt (v. Jaschke). Oft klagen solche Patientinnen nur über Kreuzschmerzen. Wir wollen im folgenden die Frage untersuchen, inwieweit zwischen dem soeben geschilderten Symptomenbild der Retroflexio uteri non gravidi und der Retroflexio des graviden Uterus Parallelen und Uebereinstimmungen festzustellen sind und des weiteren unser Augenmerk darauf richten, ob unter dem von uns untersuchten Material von Retroflexio bei Gravidität sich besondere Symptome auffinden lassen, die entweder für die Retroflexio uteri gravidi charakteristisch sind oder zum mindesten sich von der in Frage stehenden Lageanomalie des nichtgraviden Uterus unterscheiden. Wir konnten unter dem zur Verfügung stehenden Material von 113 Fällen 15 mal retroflektierte Uteruslagen bei asthenischen-infantilen Mädchen bzw. Frauen beobachten (d. h. in etwa 6,8% der Fälle und einmal eine Retroflexio uteri bei einer sehr kleinen nervösen Frau mit rachitischem Skelett (Geb. J. 1919/387). Sonstige Typen von Konstitutions-

anomalien bei Fällen mit Retroflexio uteri gravidi wurden nicht beobachtet. Die von diesen 15 infantil-asthenischen Frauen vorgebrachten Klagen decken sich in der Hauptsache mit den unter dem Begriff „Molimina graviditatis" zusammengefaßten allgemeinen Beschwerden. Am häufigsten bestanden Kreuz-, Rücken- und Unterleibsschmerzen (in 9 Fällen). In 5 Fällen bestand noch Fluor geringeren Grades. Vier klagten neben den schon angeführten Beschwerden über seit dem Zeitpunkt der Gravidität in besonders starkem Maße herabgesetzte körperliche Leistungsfähigkeit, Abgeschlagenheit, Müdigkeit und Schwäche. Daraus ist ersichtlich, daß die für Asthenikerinnen charakteristischen Allgemeinsymptome im Falle einer Schwangerschaft bei asthenischen Retroflexionsträgerinnen häufig eine wesentliche Verstärkung erfahren. Es sei noch bemerkt, daß 25 Retroflexionsträgerinnen Erstgebärende waren und 88 Mehrgebärende. Unter den Erstgebärenden fanden sich 4 Asthenikerinnen, unter den Mehrgebärenden 11. Es fanden sich also prozentual unter den Erstgebärenden mehr Asthenikerinnen. Bei zwei Patientinnen beobachtete man noch stärkere Stuhlträgheit, die in einem Falle erstmalig während der Schwangerschaft auftrat; im anderen Falle ist es nicht genau aus der Krankengeschichte ersichtlich, ob die Stuhlträgheit schon vor der Gravidität bestand, oder ob sie während der Schwangerschaft eine Verstärkung erfuhr. Bei 16 beobachteten Asthenikerinnen führten in 8 Fällen zunächst geringere bis immer stärker werdende Blutungen, teilweise mit Abgang von Klumpen, zu Aborten.

Dauer der Blutung im:		Wie weit war die Schwangerschaft fortgeschritten im:	
1. Fall:	16 Tage	1. Fall:	Mens II.
2. Fall:	4—5 Tage?	2. Fall:	Mens II.-III.
3. Fall:	14 Tage?	3. Fall:	Mens I.-II.
4. Fall:	? Tage	4. Fall:	Mens III.
5. Fall:	einige Tage	5. Fall:	Mens IV.
6. Fall:	von Ende Mens II.	6. Fall:	Mens III.
7. Fall:	3 Wochen	7. Fall:	Mens I.
8. Fall:	1 Tag	8. Fall:	Mens ?

Bei 8 Fällen blieb die Schwangerschaft, jedenfalls so lange sie unter klinischer Beobachtung standen, intakt. Es stellt sich heraus, daß alle 16 Fälle von asthenischem Habitus in der Gruppe der 103 einfachen Retroflexiones enthalten waren, und von diesen 8 in Aborten endigten

(50%). Zählen wir also diese 16 Fälle von asthenischem Körperbau von der 103er Gruppe ab, so verbleiben noch 87 restliche Fälle von normaler Konstitution. Von diesen 87 Fällen führten 42 zu Aborten. Es bestand demnach bei den Fällen von asthenischem Habitus eine geringe, praktisch nicht ins Gewicht fallende vermehrte Abortneigung.

Die prozentual fast genau gleich große Häufigkeit, mit der es bei normal konstituierten sowie bei asthenischen Retroflexioträgerinnen im Laufe einer Frühschwangerschaft zum Abort kommt, weist darauf hin, daß die Asthenie, die an und für sich, besonders in Vergesellschaftung mit Infantilismus, eine der häufigsten Ursachen des spontanen Abortes in der Frühschwangerschaft darstellt, bei einer Retroflexioträgerin keine zusätzliche Abortneigung schafft — es sei denn, daß an einem größeren Material sich der Nachweis erbringen ließe, daß bei asthenischen Retroflexioträgerinnen die Erscheinungen des drohenden Abortes zu einem durchschnittlich früheren Zeitpunkt auftreten, als bei den normal konstituierten, wofür aber in unserem Material sich bislang kein sicherer Anhalt finden ließ.

Bei den übrigen Fällen von retroflektierter Uteruslage handelte es sich um Individuen von normaler Konstitution.

Vor Besprechung der Symptomatologie der gesamten Fälle von retroflektierten Uteruslagen folgt zunächst zweckmäßig eine statistische Zusammenstellung der verschiedenen Arten der beobachteten retroflektierten Lagen, an Hand deren dann in der hierin angeführten Reihenfolge auf den den einzelnen Lageanomalien eigentümlichen Symptomenkomplex eingegangen werden soll.

Bei den zur Beobachtung gelangenden 113 Fällen von retroflektierter Uteruslage handelte es sich um:

1. einfache retroflektierte Uteruslagen — gemeint sind hierunter alle Fälle mit retrofl. Lage, inklusive der unter der eigentlichen Diagnose: „Retroflexio uteri gravidi" laufenden Fällen — (39) in 103 Fällen,
2. Retroflexio uteri gravidi incarcerata in 6 Fällen,
3. Retroflexio uteri gravidi fixata in 1 Fall,
4. Retroflexio uteri gravidi incarcerata partialis in 2 Fällen,
5. Retroflexio uteri gravidi partialis in 1 Fall.

Von den unter 1. in obiger Zusammenstellung aufgeführten 103 Fällen kamen mit noch intakter Gravidität zur Beobachtung 43 + 4 Fälle (die 4 gesondert aufgeführten Fälle betreffen Patientinnen mit Lungentuberkulose, bei denen wegen des bestehenden Lungenleidens die Schwangerschaft unterbrochen werden mußte; sie scheiden also für die Diskussion hinsichtlich Prognose und Therapie der Retroflexio uteri gravidi aus). Die übrigen 56 Fälle kamen in der überwiegenden Mehrzahl mit mehr oder weniger gestörter Schwangerschaft zur Behandlung, sei es, daß bereits außerhalb der Klinik ein teilweiser oder kompletter Abort erfolgt war, oder daß die Störung der Schwangerschaft bei der Aufnahme in die Klinik bereits so weit vorgeschritten war, daß im weiteren Verlauf die Erhaltung der Schwangerschaft sich als unmöglich erwies mit Ausnahme von 5 Fällen, die im Stadium des „drohenden Abortes" aufgenommen wurden und bei denen die sofort eingeleitete Therapie der Retroflexio (s. später) die Erhaltung der Schwangerschaft ermöglichte.

Einfache Retroflexio uteri gravidi mit gestörter Gravidität.

Wenn wir nun ein Urteil über die Prognose einer durch „Abort" komplizierten Retroflexio uteri gravidi gewinnen wollen, so leuchtet von vornherein ein, daß für den etwaigen Erfolg oder Nichterfolg eines Versuches, das weitere Fortschreiten des Abortes aufzuhalten, das im Behandlungsbeginn vorliegende Stadium des Abortes von ausschlaggebender Bedeutung ist. Demnach gliedert sich die Gruppe der „Fälle von Retroflexio uteri gravidi mit gestörter Gravidität" wie folgt in:

1.	Fälle,	die	als	„Abortus imminens"	aufgenommen	wurden	:	7
2.	„	„	„	„Abortus incipiens"	„	„	:	1
3.	„	„	„	„Abortus im Gang"	„	„	:	1
4.	„	„	„	„Abortus incompletus"	„	„	:	41
5.	„	„	„	„Abortus completus	„	„	:	5
6.	„	„	„	„Missed Abortion"	„	„	:	1
								56

Bei den unter 2.—6. aufgeführten Fällen war eine weitere Erhaltung der Gravidität von vornherein aussichtslos; die weitere

Behandlung deckte sich demnach mit der bei den verschiedenen aufgeführten Entwicklungsstadien des „Abortes" üblichen. Von den unter 1. aufgeführten Fällen von Abortus imminens gelang es bei 6 Fällen, durch die noch später näher zu erörternde Therapie, die sich sinngemäß gliedert in eine Behandlung des drohenden Abortes als solchen und in eine Beseitigung der Lageanomalie, das weitere Fortschreiten des Abortes aufzuhalten. Nur in einem Fall, der als Abortus imminens Mens II. bereits mit erhöhter Temperatur (37^6) eingeliefert wurde und bei dem seit 10 Tagen vor der Aufnahme „blutiger Ausfluß" bestand, führten die der Erhaltung der Gravidität dienenden therapeutischen Maßnahmen (Ruhigstellung durch Extr.-Vib. prunifol., Tct. Opii $\overline{aa}$) nicht zu dem gewünschten Erfolg; wegen fortschreitender Verstärkung der Blutung mußten Wehenmittel gegeben werden, die innerhalb von 2 Tagen zur kompletten Ausstoßung des ganzen Eies führten. Bei den schon erwähnten 6 Fällen von „drohendem Abort" konnte durch die vorgenommenen therapeutischen Maßnahmen, die in Bettruhe, Gabe von Pantopon oder Opium mit Extractum viburni prunifolii bestanden, der drohende Abbruch der Schwangerschaft aufgehalten werden. Wegen des frühen Zeitpunktes der Graviditäten wurde wegen der Retroflexio nichts unternommen. Was die Therapie anbelangt, so versuchte man in 11 Fällen durch Ruhigstellung (Bettruhe) oder durch gleichzeitige Gabe ruhigstellender Mittel (Opium mit Extractum viburni prunifolii, oder Pantopon) die Aborte aufzuhalten. Diese 11 Fälle setzten sich aus den oben bereits erwähnten 6 Fällen von „Abortus imminens" und 5 Fällen den unter 4. aufgeführten „Aborti incompleti" zusammen. Wenn die Aborti incompleti ebenfalls zunächst mit Ruhigstellung behandelt wurden, so geschah dies aus dem Grunde, weil man zunächst noch an Abortus imminens dachte (wobei man sich wenigstens zum Teil auf die Aussagen der Patientinnen verließ, es seien noch keine Fruchtteile abgegangen). Der klinische Erfolg bestand darin, daß 6 Fälle von Abortus imminens aufgehalten wurden. Bei den restlichen 5 Fällen, die irrtümlich als Abortus imminens behandelt wurden, setzte nach Erkenntnis und Klärung der Diagnose die dem jeweiligen Grad des Abortes entsprechende, dafür übliche Therapie ein.

Von den übrigen 39 Fällen abortierten 2 spontan, bei 14 Fällen mußte man zur vollständigen Erledigung des Abortes zur digitalen Ausräumung, bei 23 Fällen zur Abrasio schreiten.

Einfache Retroflexio uteri gravidi mit intakter Gravidität.

Wir wenden uns nun den unter der Rubrik „einfache Retroflexio uteri gravidi“ mit und ohne Beschwerden angeführten Fällen (43) (mit intakter Gravidität) zu, die sich zusammensetzen aus 39 Fällen von „Retroflexio uteri gravidi“ und 4 Fällen von „Retroflexio uteri gravidi mobilis“. Wenn auch klinisch keine Trennung zwischen diesen beiden Lageanomalien besteht, so möchte ich sie doch nacheinander abhandeln.

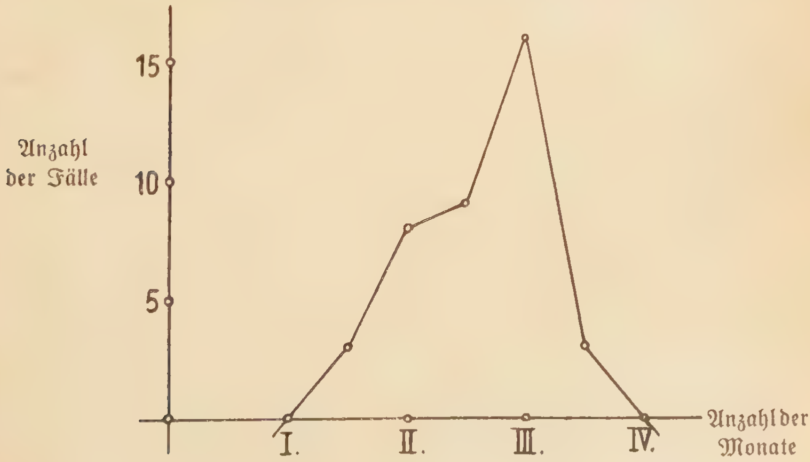
Es handelt sich bei den 39 Fällen um Retroflexiones, von denen im:

1.	Monat	∅ Fälle
1.—2.	„	3 „
2.	„	8 „
2.—3.	„	9 „
3.	„	16 „
3.—4.	„	3 „
4.	„	∅ „
		39 Fälle

beobachtet wurden.

(Geb. J.: 1918: 282, 360, 572, 622; 1919: 261, 301, 589, 617, 702; 1920: 240, 361, 388, 705; 1921: 23, 559, 601; 1922: 476, 497; 1923: 29, 62, 215, 261, 277, 476; 1924: 118; 1925: 326, 380; 1927: 448; 1928: 97, 105, 135, 367, 447, 493; 1929: 438, 450, 517, 586, 754; 1930: 37, 119, 536, 594.)

Graphische Darstellung obiger Statistik.



Gehen wir wieder zunächst auf den Symptomenkomplex näher ein. In 11 Fällen handelte es sich um grazil gebaute Individuen. Davon zeigten 6 Fälle die typischen Symptome der Asthenie: Schwäche, Müdigkeit, allgemeine Abgeschlagenheit, daneben ziehende Schmerzen im Unterleib, die zum Teil auch schon vor der Gravidität, besonders zu Zeiten der Menstruation bestanden, jetzt aber häufiger und in wesentlich verstärktem Maße auftraten. Die übrigen Fälle dieser Kategorie zeigten außer meist schwächeren Blutungen, dem Symptom des drohenden Abortes, keine weiteren wesentlichen Beschwerden. Bei den restlichen 28 Fällen waren keine Konstitutionsanomalien zu bemerken. Die bei dieser Gruppe am häufigsten auftretenden Beschwerden bestanden in Rücken- und Unterleibsschmerzen, die schon oft zu Beginn oder gleich in den ersten Wochen der Gravidität auftraten (17 Fälle). Die Beschwerden deckten sich zum Teil mit den üblichen „Molimina graviditatis", zum Teil gingen sie über das übliche Maß der in der Frühgravidität auftretenden Beschwerden hinaus. Nicht weniger als 11mal kündigten schwächere bis stärker werdende Blutungen einen drohenden Abort an. In 8 Fällen bestand gleichzeitig lästiger stärkerer Fluor. In 5 Fällen gesellte sich stärkere Obstipation hinzu, in 2 Fällen leichte Miktionsbeschwerden. 10 Fälle gingen mit Erbrechen einher. Von diesen liefen 6 Fälle unter der Diagnose „Hyperemesis gravidarum". Nach den anamnestischen Angaben bestand in 3 weiteren Fällen mäßiges Erbrechen, in 1 Falle Erbrechen von der 5. Woche der Gravidität an. Da es sich hierbei um ein Symptom handelt, das auch bei der Mehrzahl der normalen Graviditäten auftritt und ebenfalls in unseren speziellen Fällen kein Anhalt dafür besteht, daß es etwa bei der einfachen Retroflexio uteri gravidi in stärkerem Maße auftritt als sonst bei der Frühschwangerschaft, so verdient es weiter keine Beachtung. 9 Fälle verliefen völlig beschwerdefrei.

Wenden wir uns nun der Besprechung der Therapie der Retroflexio uteri gravidi zu, so sei zunächst allgemein hierzu bemerkt, daß diese Art von Lageanomalie, wenn sie zu Beginn oder in den ersten Wochen der Gravidität festgestellt wird, zunächst noch keiner Behandlung bedarf; denn es besteht ja die Möglichkeit einer spontanen Aufrichtung. Schreitet man sofort zur Aufrichtung, so wird häufig der Spontanabort provoziert (v. Jaschke). Natürlich muß man die Patientinnen für den Fall, daß man schon frühzeitig bei ihnen eine Lageanomalie in diesem Sinne festgestellt hat, darauf aufmerksam

machen, daß sie sich bei dem Auftreten der geringsten Beschwerden sofort wieder zur Kontrolle der Uteruslage vorstellen. Beschwerden geben somit erst die Indikation zum Eingreifen ab, das darin besteht, durch Aufrichtung des Uterus eine Normallage zu erstreben. Hierfür sind verschiedene Repositionsverfahren bekannt, von denen die beiden häufigst angewandten, nämlich das Schultze'sche und das Küstner'sche Verfahren kurz angeführt seien.

Das Schultze'sche Verfahren besteht darin, daß man nach Entleerung der Blase und des Mastdarms und nach typischer Lage der Frau mit etwas erhobenem Steiß mit zwei Fingern in die Scheide eingeht und den Fundus uteri vom hinteren Scheidengewölbe aus in Richtung gegen das Promontorium und noch über dieses hinauf nach hinten drückt. Dann versuchen die Finger der äußeren Hand, den Fundus uteri durch die Bauchdecken hindurch zu umfassen und nach vorne umzulegen. Dabei bleiben die Finger in der Scheide und heben die Portio in den hinteren Beckenhalbring. — Ein anderes Verfahren ist das nach Küstner. Hierbei wird die vordere Muttermundslippe mit einer Kugelzange angehakt und der Uterus so tief als möglich heruntergezogen. Man geht mit einem oder zwei Fingern in die Scheide ein und hebelt den Uterus nach vorne. Gelingt dies nicht, so wird man dieselbe Methode in Narkose versuchen, was dann in der Regel gelingt. — Neben diesen häufigst angewandten Verfahren kann man auch noch rein konservativ durch entsprechende Lagerung der Frau (Knie-, Ellenbogen-, Bauch-, Seitenlage) eine Lagekorrektur herbeiführen.

Mit der Aufrichtung allein ist jedoch bei dem Durchschnitt der Fälle die Therapie nicht beendet. Eine exakte Behandlung hat vielmehr darin zu gipfeln, den nunmehr durch eines der Repositionsverfahren aufgerichteten Uterus auch fernerhin in seiner Lage zu behalten. Dazu dienen die verschiedensten Pessare. Die am meisten angewandten, der Hodge- und der Thomaspessar seien hier erwähnt.

Fernerhin ist es nach Aufrichtung und Einlegen eines Pessars von größter Wichtigkeit, die Uteruslage im Pessar zu kontrollieren, und zwar öfter. Das Pessar bleibt im allgemeinen bei Erhaltung der Gravidität bis zu Anfang bezw. Mitte des 5. Graviditätsmonats liegen. In vereinzelten Fällen, wo keine Tendenz zum Zurücksinken des Uterus mehr besteht, kann man es schon Ende Mens. IV entfernen.

Nach diesen einleitenden Worten über die im allgemeinen übliche Therapie bei Retroflexio uteri gravidi folgt jetzt die spezielle Besprechung des therapeutischen Vorgehens bei den beobachteten 39 Fällen von Retroversio-flexio (mit intakter Gravidität). In 38 Fällen mußte man wegen der auftretenden Graviditätsbeschwerden sofort zur Aufrichtung des Fruchthalters schreiten. Diese Graviditätsbeschwerden traten auf im:

1.	Monat	bei	∅	Fällen
1.—2.	„	„	2	„
2.	„	„	7	„
2.—3.	„	„	9	„
3.	„	„	16	„
3.—4.	„	„	3	„
4.	„	„	∅	„

In einem Falle war der Beginn der Beschwerden nicht genau festzustellen (Geb. J. 1925/380). Soweit aus den Krankengeschichten ersichtlich, gelang in 11 Fällen die Aufrichtung ohne Narkose, in 27 Fällen mußte diese unter Zuhilfenahme der Inhalationsnarkose ausgeführt werden. In einem Falle erübrigte sich ein therapeutisches Eingreifen. Es handelte sich hierbei um eine IV. Gravide, die jetzt im 3. Schwangerschaftsmonat steht und die über Schmerzen im Unterleib klagt, die so stark seit der Gravidität seien, daß die Patientin jetzt angeblich nicht mehr sitzen könne. Gleichzeitig bittet sie — und das ist der Hauptgrund weshalb sie kommt — um Schwangerschaftsunterbrechung wegen Tuberkulose. Dieser Bitte wurde aber nicht stattgegeben, da auch nach Einholen des Rates der Internisten der klinische Befund eine solche nicht bestätigte und zudem keine Störungen des Allgemeinbefindens vorhanden waren. Patientin wurde weiter nicht behandelt; es wurde ihr nur angeraten, sich bei der geringsten Störung wieder einzufinden.

Zur Repositionsmethode sei erwähnt, daß 8 Fälle nach dem Küstner'schen Verfahren aufgerichtet werden mußten, weil das einfache Schultze'sche Verfahren nicht zum Ziele führte. Was die Stützung des Organs nach der Aufrichtung angeht, so wurde in 18 Fällen ein Hodge-Pessar angewandt, in 7 Fällen ein Thomas-Pessar. In 10 Fällen ist die Bezeichnung der eingelegten Pessare nicht näher angegeben.

In 9 Fällen wurden nach der Aufrichtung und Pessareinlage teils prophylaktisch (4), teils wegen leicht einsetzender, durch die Aufrichtungsversuche provozierter Blutung (5) uterusberuhigende Mittel, wie Extractum viburni prunifolii und Opium, Dormopon, Pantopon gegeben, mit dem Erfolg, daß die Blutung in 5 Fällen bald sistierte. In nur 4 Fällen, wo sofort nach der Aufrichtung stärkste Blutung einsetzte, war ein Aufhalten des Abortes nicht mehr möglich. Aus diesem Grunde schritt man in 3 Fällen zur Dilatation und Ausräumung; einmal kam es zur spontanen Ausstoßung.

Zusammenfassend sei zur Behandlung bezw. zum Behandlungserfolg dieser Fälle noch einmal erwähnt: 29 Fälle von den 38 waren nach der ersten Aufrichtung vollkommen beschwerdefrei und die Uteruslage intakt (d. h. solange sie unter klinischer Beobachtung standen). In 4 Fällen mußte zur nochmaligen, in 1 Falle sogar zur 3maligen Aufrichtung des Organs geschritten werden, wonach dann ebenfalls Beschwerdefreiheit bestand. Nur 4 aller aufgerichteten Fälle führten zu Aborten d. h. in 89,5 % der Fälle von Retroflexio uteri gravidi, die mit intakter Gravidität zur Behandlung kamen, führte die Behandlung primär zur Beseitigung der Lageanomalie und zur Erhaltung der Gravidität. In einem Falle, wo die Patientin mit der Bitte um Unterbrechung wegen angeblicher Tbc. kam, wurde therapeutisch nichts unternommen.

Prognostisch sind über den weiteren Verlauf bzw. Ausgang der Graviditäten bei dieser speziellen Art von Lageanomalien keine sicheren Angaben zu machen. Denn weitaus die meisten Fälle standen ja nur in der ersten Graviditätshälfte und meist nur kürzere Zeit in klinischer Behandlung bzw. Kontrolle der Uteruslage.

Auf Grund der in weitaus der Mehrzahl der Fälle erfolgreich gelungenen Lagekorrekturen und den bei nachfolgenden Kontrolluntersuchungen sich auch weiterhin intakt erweisenden Uteruslagen kann man lediglich — mit zwar großer Wahrscheinlichkeit — auf ferneren glatten Verlauf und Ausgang schließen. Von den 28 Fällen war die Gravidität bei den folgenden Nachuntersuchungen von 21 Fällen noch intakt:

im 4.	Monat	bei	11 Fällen
„ 5.	„	„	10 „
„ 6.	„	„	1 „
„ 7.	„	„	∅ „
„ 8.	„	„	∅ „

Zur Geburt kamen 2 Fälle (1 Forceps, 1 Totgeburt). Natürlich kam nur noch ein wesentlich geringerer Prozentsatz zu den Kontrollen. Die meisten blieben trotz Wiederbestellung fern. In der Klinik wurden bei intakten Graviditäten in 2 Fällen Ende Mens. IV. der Ring entfernt, in 9 Fällen Anfang bzw. Mitte Mens. V. — Ist der Uterus erst einmal so groß, daß er nicht mehr ins kleine Becken zurücksinken kann — und das ist durchschnittlich im 5. Monat der Fall — so steht dem ferneren glatten Verlauf der Schwangerschaft meist nichts mehr im Wege.

Fälle von Retroflexio uteri gravidi mobilis:

Zur Beobachtung gelangen 4 Fälle, die im 2.—3. Schwangerschaftsmonat standen. In allen Fällen war der Uterus tief retroflektiert, jedoch leicht beweglich. Die Beschwerden waren nur geringgradig. In 2 Fällen von etwas grazilem Körperbau bestanden neben allgemeiner Abgeschlagenheit, Müdigkeit und leichtem Fluor keine stärkeren Beschwerden in einem Falle nur leichtes morgendliches Erbrechen. In einem weiteren Falle (es handelt sich hierbei um eine Patientin, die durch Seifenspritze einen drohenden Abort mit leichter Blutung herbeiführte) bestanden keine Beschwerden von seiten der Retroflexio mobilis. Es handelte sich um eine zufällig entdeckte Retroflexio uteri gravidi mobilis.

Was die Therapie anbelangt, so folgte wieder in allen 4 Fällen zunächst Aufrichtung des Organs, die mit Leichtigkeit ohne Narkose bei den beweglichen Uteri gelang. In besonderem Grade mußte man in diesen Fällen darauf bedacht sein, die beweglichen, durch Aufrichtung in anteversioflexio gebrachten Uteri, in ihrer Lage zu halten, was in 3 Fällen durch Einlegen von Hodge-Pessaren erreicht wurde. In einem Falle wurde Pessar verweigert.

Der Behandlungserfolg war bei 3 Fällen, wie die Kontrolluntersuchungen ergaben, (in einem Falle im 5. Monat Pessar entfernt, im 2. und 3. Fall im 3. Monat) ein recht guter. Der Uterus wurde jeweils in guter anteversio-flexio gehalten. Man konnte jedenfalls, solange die Patientinnen unter klinischer Aufsicht standen, in 3 Fällen auf eine intakte Gravidität schließen. In dem einen Fall von absichtlich in die Wege geleitetem Abort kann man insofern auch von einem therapeutischen Erfolg sprechen, als die Blutung nach der Aufrichtung sistierte. Da sich die Patientin jedoch bald wieder der weiteren Kliniksbehandlung entzog, ist unter den besonderen obwaltenden Umständen der weitere Graviditätsverlauf in Frage gestellt.

Beziehen wir die „Retroflexio-mobilisfälle“ noch in die prozentuale Errechnung mit ein, so folgt eine Erfolgsziffer für einfache Retroflexiones mit intakter Gravidität von 86,04 %. Setzen wir dagegen die Zahl der erfolgreich behandelten Fälle von einfacher Retroflexio uteri gravidi in Beziehung zur Gesamtzahl der beobachteten Fälle von einfacher Retroflexio mit intakter und gestörter Gravidität (103 Fälle), so ergibt sich eine Prozentzahl von nur 35,9 %. Die hieraus sich ergebende erheblich ungünstigere Prozentzahl der erfolgreich behandelten Fälle legt mit zwingender Notwendigkeit die praktisch wichtige Forderung nahe, daß jede Frau, gleichgültig ob Erst- oder Mehrgravide, im Beginn der Schwangerschaft, am besten am Anfang des dritten Monats, sich ärztlich untersuchen lassen soll, damit festgestellt werden kann, ob es sich um eine normale oder atypische oder pathologische Lage des frühgraviden Uterus handelt. Aufgabe der weiteren ärztlichen Ueberwachung wird es alsdann sein, in den Fällen, deren erstmalige Untersuchung eine Lageabweichung ergeben hat, den richtigen Zeitpunkt für eine evtl. notwendig werdende Lagekorrektur (Aufrichtung, Pessar-Einlage) ausfindig zu machen. Die grundsätzliche Vornahme lageverbessernder Maßnahmen bei allen Fällen verbietet sich nach den Ausführungen von v. Jaschke schon aus dem Grunde, weil in einer nicht unerheblichen Zahl von Fällen später doch noch eine Spontanaufrichtung erfolgt und weil vielfach zu früh vorgenommene Aufrichtungsversuche nur den Eintritt des Abortes herbeiführen.

Retroflexio uteri gravidi incarcerata.

Es folgt nun die Besprechung der der Statistik gemäß am nächst häufigsten vorkommenden Lageanomalie des retroflektierten graviden Uterus, nämlich die Fälle von Retroflexio uteri gravidi incarcerata, deren 6 beobachtet wurden. Im Vordergrund standen bei allen Fällen Störungen von seiten der Blase. Das Auftreten dieser Blasenstörungen wurde einmal seit Beginn der Gravidität (Geb. J. 1929/372), einmal im 2. Monat (Geb. J. 1918/399), dreimal im 3. Monat (Geb. J. 1920/398; Geb. J. 1921/447; Geb. J. 1923/347) und einmal im 4.—5. Monat (Geb. J. 1920/578) beobachtet. In 2 Fällen (Geb. J. 1921/447; Geb. J. 1918/399) bestand lästiger Harndrang mit unangenehmem Druckgefühl in der Blasengegend, zeitweise mit stark schmerzhafter Miktion, in dem einen Falle sogar mit Ausscheidung reichlich blutig-trüben Urins verbunden, dem Zeichen einer immerhin

schon schwereren, im Gefolge dieser Uterusanomalie aufgetretenen Blasenschädigung. Diese läßt sich (n. v. Jaschke) folgendermaßen erklären: Die Portio zerrt Blasenhals und Urethra immer weiter in die Höhe und komprimiert gleichzeitig. Dadurch wird die Blasenentleerung behindert. Bei längerem Druck kommt es noch zur Schwellung der Urethraschleimhaut, wodurch der Ausführungsgang noch stärker verlegt wird. Infolge der behinderten Entleerung bleibt immer eine gewisse Menge Restharn zurück, der mit seiner Bakterienflora Anlaß zu Cystitiden und Zersetzungserscheinungen gibt. — In 3 Fällen (Geb. J. 1920/398; Geb. J. 1929/372; Geb. J. 1920/578) bestand Urinretention. Ein weiterer Fall (Geb. J. 1923/347) bot den typischen Befund einer Ischuria paradoxa, deren Zustandekommen man sich (im Anschluß an die Entstehung der Blasenschädigung) dadurch erklärt (v. Jaschke), daß es infolge immer stärkerer Kompression der Urethra und stärkerer Schleimhautschwellung schließlich zur totalen Ischurie und bald durch hochgradige Füllung der Blase zu ständigem Harnträufeln kommt, dem Zustand der sogenannten Ischuria paradoxa, der eigentlich eine Inkontinenz vortäuscht.

Neben diesen Miktionsbeschwerden wurden bei dreien der Fälle Klagen über starke Schmerzen mehr ziehenden Charakters im Unterleib, meist nach dem Kreuz zu ausstrahlend, laut. In einem der Fälle traten zunächst in geringerem Maße zu Beginn der Gravidität, dann aber in ungleich erhöhtem Maße seit der Incarceration, Obstipationsbeschwerden auf, die mit heftigsten Schmerzen während der Stuhlentleerung einhergingen.

Hieran anschließend lassen sich als Untergruppe zu vorbeschriebener Lageanomalien noch 2 Fälle von Retroflexio uteri gravidi incarcerata partialis zweckmäßig anfügen, nach deren symptomatologischer Besprechung erst die gemeinsame Erörterung des therapeutischen Vorgehens folgen soll, das für beide Arten von Lageveränderungen im wesentlichen indentisch ist. Die Retroflexio uteri incarcerata partialis kommt, wie auch die Retroflexio uteri gravidi incarcerata totalis, dadurch zustande, daß sich der Fundus Uteri, bzw. ein Teil des Fundus, wenn keine spontane oder künstliche Aufrichtung erfolgt, in die Kreuzbeinhöhle unterhalb des Promontoriums einklemmt. — In 1 Falle (Geb. J. 1919/631) handelt es sich um eine 35jährige VI. Gravide im 4. Schwangerschaftsmonat, die in den letzten Wochen vor ihrer Klinikaufnahme über starken gelblichen Fluor zu klagen hatte. Acht Tage vor der Auf-

nahme traten heftige ziehende Unterleibsschmerzen auf, zwei Tage zuvor Darmverhaltung und am Vortage der Aufnahme Entleerung kaffeesatzartigen Urins. Subjektiv war das Allgemeinbefinden ebenfalls stark beeinträchtigt. Die vaginale Exploration ergab: Uterus z. T. das kleine Becken ausfüllend, eingekeilt, z. T. über dem kleinen Becken. — Es handelt sich also um eine partielle Incarceration des graviden Uterus, verbunden mit schwersten Störungen sowohl von seiten des Harnapparates (haemorrhagische Cystitis mit vorübergehender Pyelitis) als auch des Darmes (zweitägige Darmverhaltung).—

Im zweiten Falle (Geb. J. 1920/158) handelt es sich um eine 37jährige VI. Gravide, Mens IV. bis V. Die früheren Geburten verliefen mit Ausnahme der ersten, die in Abort endigte, spontan und glatt. Patientin trug wegen eines Vorfalles einen Ring. Seit Beginn der Gravidität habe sich der Vorfall verschlimmert. In den letzten Monaten der Gravidität wurden zunehmende ziehende Schmerzen im Verlauf des linken Ischiasnerven verspürt, bei zunächst intakter Stuhl- und Urinentleerung. - Es bestand geringer weißer Fluor, 5 Tage vor Einweisung in die Klinik war eine spontane Urinentleerung unmöglich. Erst auf heiße Bähungen hin sei tropfenweise Urin abgegangen. Desgleichen bestand ständiger Stuhldrang und häufiger Abgang geringer Stuhlmengen. Während der ganzen Zeit bestanden Schmerzen im Rücken und Unterleib. — Es handelt sich wiederum um eine teilweise Einklemmung des Uterus im kleinen Becken, z. T. um ein Hervorragen über das kleine Becken. Im Vordergrund stehen, wie im ersten Fall so auch hier, Miktionsbeschwerden in Gestalt einer Ischuria paradoxa, daneben Störungen von seiten des Darmtraktus und zwar nicht wie im ersten Falle eine Darmverhaltung, sondern bei ständigem Stuhlgang häufige Entleerung geringer Stuhlmengen.

In beiden Fällen kam es somit im Gefolge dieser nur relativ selten vorkommenden Anomalien der Uteruslage innerhalb kürzester Zeit zu schwersten Störungen von seiten der Nachbarorgane und somit in hohem Maße des Allgemeinbefindens, sodaß unbedingt ein rasches therapeutisches Eingreifen erforderlich war. In einem Falle stellte sich Stuhlverhaltung ein, im anderen gehäufter Stuhldrang. Diese Tatsache läßt sich etwa so erklären: gehäufter Stuhldrang entsteht u. a. bei langdauernder Einwirkung eines mechanischen Reizes von mäßiger Stärke auf die untersten Dickdarmabschnitte, hier des Rectums, während völlige Stuhlverhaltung — bei Vorliegen eines mechanischen

Hindernisses – ein Hinweis auf völlige Verlegung des Darmlumens ist – hier hervorgerufen durch Kompression des Rectums durch den retroflektierten, graviden Uterus; die völlige Stuhlverhaltung zeigt also zweifellos den schwereren Zustand an.

Es sei ganz besonders darauf hingewiesen, daß die ersten Beschwerden bei Retroflexio uteri gravidi incarcerata partialis relativ später auftraten (4.—5. Graviditätsmonat) gegenüber den bei der Retroflexio uteri gravidi incarcerata totalis allgemein auftretenden, im Durchschnitt schon im 3. Monat beobachteten Beschwerden. Das spätere Auftreten von Beschwerden bei der Retroflexio uteri gravidi incarcerata partialis läßt sich folgendermaßen erklären: da bei der partiellen Incarceration nur ein Teil des Uterus in der Kreuzbeinhöhle liegt, so muß der Uterus eine solche Gesamtgröße erreichen, daß der in der Kreuzbeinhöhle liegende Teil ungefähr die Größe erreicht hat, bei der sonst bei totaler Retroflexio die Beschwerden aufzutreten pflegen — d. h. also zu einem späteren Zeitpunkt der Schwangerschaft.

Therapie: Da, wie aus den beobachteten Fällen ersichtlich, vor allem die Miktionsbeschwerden im Vordergrund stehen, so hat logischerweise das therapeutische Eingreifen mit der Beseitigung dieser zu beginnen (nach v. Jaschke). Das Erste wird also sein, Entleerung der Blase unter den Kautelen strengster Asepsis. Danach erst erfolgt die Aufrichtung des Organs. Zur Blasenentleerung sei noch bemerkt, daß der Urin langsam entleert werden muß wegen der Gefahr der Blasenblutung, und zur Aufrichtung, daß sie bei bestehender geringer Cystitis sofort angeschlossen werden kann, bei schwereren Cystitiden erst in einigen Tagen (nach mehrmaliger Blasenspülung) erfolgen darf.

In den zugrundeliegenden Fällen von Retroflexio uteri gravidi incarcerata bestanden, wenn überhaupt, dann nur geringgradigere Cystitiden, bei denen man nach vorheriger Katheterisierung, mit Ausnahme von einem Falle, der in Abort endigte, sofort zur Aufrichtung des Organs schreiten konnte.

In 4 Fällen, und zwar von Retroflexio uteri gravidi incarcerata, gelang die Aufrichtung leicht, in 2 Fällen nach Entleerung des voluminösen Blaseninhalts sogar ohne Narkose.

In 3 Fällen, und zwar Graviditäten im 3.—4. Monat, legte man zur Beibehaltung der Lagekorrekturen Hodgepessare ein, die bei

intakten Graviditäten im Verlaufe des 5. Schwangerschaftsmonats wieder entfernt wurden.

In 2 Fällen war nach der Aufrichtung eine Pessareinlage überflüssig, da beide im 4.—5. Schwangerschaftsmonat standen (Geb. J. 1929/372; Geb. J. 1919/631) und der Uterus nicht mehr die Tendenz zeigte, nach hinten in das Becken zurückzusinken (woran bereits auch seine Größe hinderte).

In 4 Fällen wurde Extractum viburni prunifolii und Tinkt. Opii prophylaktisch zur Ruhigstellung gegeben. Eine nach Aufrichtung einsetzende Blutung sistierte prompt.

In den 2 Fällen von Retroflexio uteri gravidi incarcerata partialis machte die Aufrichtung des Organs größere Schwierigkeiten. In beiden Fällen gelang sie erst in Narkose nach wiederholten Repositionsversuchen und zwar durch steten Druck vom Douglas aus, wobei die äußere Hand vorsichtig nachhalf. In einem Falle wurde zur Erhaltung der Lagekorrektur ein Thomaspessar eingelegt.

Zusammenfassung: Die therapeutischen Erfolge bei dieser Art von Lageanomalien waren geradezu glänzend. 7 von 8 Fällen waren nach den therapeutischen Eingriffen fast schlagartig von ihren Beschwerden befreit. Die Urin- und Stuhlentleerung erfolgte wieder spontan, die Schmerzen im Unterleib und Kreuz waren verschwunden. Sie fühlten sich wieder subjektiv wohl. Prozentual ausgedrückt heißt das also: in 87,5 % der Fälle von Retroflexio uteri gravidi incacerata waren nach Einsetzen der Therapie, d. h. nach Beseitigung der Lageanomalien, die mit ihr einhergehenden schweren Komplikationen beseitigt und ein normales Fortbestehen der Schwangerschaft so gut wie gesichert. Auch die wiederholten Kontrolluntersuchungen in der Klinik ließen auf intakte Graviditäten schließen. Die Fälle wurden nachbeobachtet:

1	Fall	bis	zum	III. Monat
1	„	„	„	IV.—V. „
1	„	„	„	V. „
1	„	„	„	VI. „
1	„	„	fast zum	VII. „
1	„	„	„ „	VI. „
1	„			8 Tage

Nur in einem Falle von protrahiertem Abort, der schon zu weit vorgeschritten war, konnte die Therapie nicht mehr eingreifen.

Nehmen wir noch einmal kurz Stellung zu dem Ausgang der Fälle von Retroflexio uteri gravidi incarcerata, so müssen wir mit dem

erzielten Resultat zufrieden sein. Nicht immer liegen die Fälle so relativ günstig gelagert und nicht immer ist die einzuschlagende Therapie von Erfolg gekrönt, wie aus der Literatur ersichtlich. Man denke nur an die infolge akuter Einklemmungserscheinungen im Anschluß an die Harnverhaltung auftretende Ueberdehnung der Blase, Blutzirkulationsstörungen und dadurch bedingte Nekrose der Blaseninnenwand, ferner die Gefahr der Gangrän durch aszendierende Infektion. Ebenso ist der Pyelitis als häufigster Komplikation eine Hauptbeachtung zu schenken. – Nach v. Franqué tritt nur ganz ausnahmsweise durch die Einklemmungserscheinungen eine totale Behinderung der Passage im Mastdarm — ein akuter Ileus — auf. Ferner kann es (v. Franqué) zu starker Vorwölbung des Dammes, Zerreißung der hinteren Scheidewand und Uterusvorfall kommen. Für den Fall, daß hier keine Fehlgeburt eintritt, käme unbedingt eine Unterbrechung der Schwangerschaft in Frage; desgleichen bei vollständiger Unwegsamkeit des Mastdarmes, vorausgesetzt, daß jeglicher Aufrichtungsversuch scheitert. - Gegen eine früher oft gepflogene Unterbrechung der Schwangerschaft bei im Gefolge dieser Lageanomalie auftretenden Pyelitis spricht sich Stoeckel ganz entschieden aus, hier stehe einem vielmehr heute als gutes Therapeuticum die Nierenbeckenspülung zu Gebot.

Retroflexio uteri gravidi fixata:

Von Retroflexio uteri gravidi fixata liegt ein Fall zugrunde (Geb. J. 1919/387). Es handelt sich hierbei um eine kleine V. Gravide nervöse Frau Mens III. mit rachitischem Knochenbau. Ihre ersten beiden Schwangerschaften endeten in Aborten, die nachfolgenden mußten durch Schnittentbindung beendet werden. — Seit Beginn der jetzigen Gravidität klagt sie neben Kopfschmerzen über starke Rückenschmerzen, die nach den Beinen ausstrahlen.

Befund: Der Uterus ist rechtwinklig gegen die unmittelbar hinter der Symphyse liegende Cervix abgeknickt und stark retroflektiert. Der Fundus ist links an der hinteren Beckenwand und am Scheidengewölbe fixiert.

Therapie: Wiederholt versuchte man, den Uterus in Aethernarkose aufzurichten. Diese Versuche, auch nach dem Küstner'schen Verfahren, scheiterten, und mußten es ja auch bei dem an die Beckenhinterwand fixierten Fundus uteri. Man entschloß sich, nach diesem Befunde zunächst therapeutisch nichts weiteres zu unternehmen, und

entließ die Patientin mit der Order, möglichst Bettruhe zu wahren und sich des öfteren (4wöchentlich) wieder vorzustellen. Gleichzeitig gab man ihr den Rat, sich sterilisieren zu lassen. – Weitere Berichte fehlen jedoch; denn die Patientin kam weder zur Kontrolle, noch ließ sie etwas von sich hören.

Was die Therapie der Retroflexio uteri gravidi fixata im allgemeinen angeht, so wird sie in der blutigen Lösung der Fixation gipfeln. v. Franqué nimmt hierzu in seinen Abhandlungen im Stoeckel'schen Lehrbuch der Geburtshilfe über „Störungen der Schwangerschaft und Geburt usw." grundsätzlich Stellung. Hierin betont er, nicht mehr die allmähliche Dehnung und Durchtrennung der Fixation abzuwarten, sondern durch Laparotomie die Verwachsungen des Fruchthalters zu lösen und gegebenenfalls den Uterus an die Bauchwand zu fixieren. (Pestalozzi führte im Jahre 1907 schon 32 Fälle auf, die nach demselben Prinzip behandelt wurden und von denen 90% der Fälle die Schwangerschaft glatt austrugen und lebende Kinder zur Welt brachten. Auch in der neuesten Literatur sind 15 Fälle bekannt). Bei zu weit vorgeschrittenen Fällen mit bereits bestehender Blasengangrän wird von den meisten Autoren — im Falle des Mißlingens vorsichtiger Repositionsversuche — eine Unterbrechung der Schwangerschaft angeraten.

Retroflexio uteri gravidi partialis:

Hiervon gelangte ebenfalls ein Fall zur Beobachtung (Geb. J. 1920/593). Es handelt sich um eine 31jährige II. Gravide, Mens IV. von normalem Körperbau. Sie kommt wegen starkem unstillbarem Erbrechen. Anfänglich klagte sie über Durchfälle, jetzt über Obstipation.

B e f u n d: Der Uterus ist partiell retroflektiert und zeigt eine Ausladung nach hinten. Auch hier gilt analog dasselbe wieder, was bei den Fällen von Retroflexio uteri gravidi incarcerata partialis beobachtet wurde. Die Beschwerden bei Retroflexio uteri gravidi partialis treten ebenfalls relativ später auf wie die bei der totalen Retroflexio uteri gravidi im allgemeinen.

Die T h e r a p i e besteht in einer Aufrichtung des Organs, was sehr leicht und ohne Narkose gelingt. Gegen das starke Erbrechen werden Ringer-Tropfeneinläufe gegeben. – Patientin fühlte sich nach der Aufrichtung des Uterus bald wieder frei von der lästigen Stuhlträgheit. Auch das Erbrechen läßt nach. Sie wird schon nach kurzer Zeit wieder bei Wohlbefinden und intakter Uteruslage entlassen.

Zum Schluß der Abhandlung über die retroflektierten Uteruslagen sei noch ein Fall erwähnt (Geb. J. 1921/276), bei dem es sich um eine 30jährige I. Gravide handelt mit einer als retrofl. Korpus eines graviden Uterus im 2.—3. Monat imponierenden Ausbuchtung nach hinten, einer sogenannten „Piskaček'schen Ausladung". Ursprünglich schwankte die Differentialdiagnose noch zwischen „Piskaček'scher Ausladung" und „Uterus Myomatosus mit Ovarialtumor an der linken Seite". — Was die Symptome des Falles angeht, so bestand bei normaler Konstitution seit der Gravidität leichte Ermüdbarkeit, körperliches Unbehagen und gegenüber sonst verstärkter Ausfluß. Ueber sonstige Beschwerden hatte Patientin nicht zu klagen.

Zur Therapie sei bemerkt, daß man den Fall einer retroflektierten Uteruslage gleichstellte und ihn auch dementsprechend behandelte. Man richtete das Organ auf, was ohne größere Schwierigkeiten in Narkose gelang, und legte zur Wahrung der Uteruslage ein Pessar ein. Der Erfolg bestand darin, daß Patientin sich schon bald nach der Aufrichtung subjektiv wohlfühlte und der lästige Ausfluß wesentlich an Intensität abnahm. Auch der Ring machte keine Beschwerden. Er wurde Ende des 4. Monats bei völlig intakter Gravidität entfernt.

Zusammenfassung: Wenn wir noch einmal am Schluß der Abhandlung über die retroflektierten Lageanomalien des Uterus in Gesamtheit zusammenfassend berichten, so kommen wir zu folgendem Ergebnis:

Eine Gesamtzahl von 113 Fällen von retroflektierten Lagen unterstanden unserer Betrachtung. Hiervon endeten 50 Fälle schon frühzeitig in Aborten (etwa 45 %). In 4 Fällen von Retroflexio uteri gravidi mußte wegen Tbc. Pulmonum schon frühzeitig zur Interruptio geschritten werden. In einem Falle (einer Retroflexio uteri gravidi fixata) ist der Ausgang nicht geklärt. Die übrigen 58 Fälle ließen sich mit teils besserem, teils weniger gutem Erfolg, jedoch immer mit Erfolg therapeutisch beeinflussen. D. h. also: in 51,3 % der Gesamtzahl der Fälle mit retroflektierter Uteruslage, die teils mit intakter, teils schon gestörter Gravidität zur Kliniksbehandlung kamen, war die Behandlung bezüglich Erhaltung der Schwangerschaft erfolgreich. Was die Behandlung bezüglich der Lagekorrektur des graviden Uterus angeht, so wurde sie in

19 Fällen ohne Narkose
33 „ mit „

7 Fällen ohne Pessar
43 " mit "

erfolgreich durchgeführt.

In einem Falle wurde Pessar verweigert, in einem Falle fehlt die Angabe über etwaige Pessareinlage.

Stellen wir alle Fälle von Retroflexio uteri gravidi mit intakter und noch erhaltbarer Gravidität zusammen, bei denen die in Frage kommenden therapeutischen Maßnahmen überhaupt in Frage kamen, so kommen wir auf 53 behandelte Fälle, von denen 6 in Aborten endigten. Hieraus errechnet sich eine relative Heilungsziffer von 88%. 44,2 % aller Fälle von Retroflexio uteri gravidi endigten in Aborten. Einige Vergleichszahlen hierzu: Martin beobachtete unter 41 Fällen von Retroflexio uteri gravidi 15mal (36,5%), May unter 150 Fällen 33mal (22 %), Howitz unter 52 Fällen 37mal (71,1 %) Aborte. Nehmen wir einen Mittelwert aus diesen 3 Werten = 43,2%, so kommen wir fast auf die von uns beobachtete Prozentzahl von Aborten.

Betrachten wir noch einmal zusammenfassend die Ergebnisse der einzelnen Untergruppen von Lageanomalien des graviden retroflektierten Uterus gesondert, (s. Seite 5 Statistische Zusammenstellung der Retroflexiones uteri gravidi), so folgt daraus: a) Bei den einfachen retroflektierten Uteruslagen mit und ohne Beschwerden mit gestörter Gravidität (56 Fälle) war der Ausgang nur sehr mäßig. Der Grund hierfür ist darin zu suchen, daß die meisten Fälle schon mit zu weit fortgeschrittenen Störungen der Gravidität kamen, sodaß es in den meisten Fällen zwecklos war, noch bezüglich der Erhaltung der Gravidität therapeutisch einzugreifen. Dieser Tatsache zufolge griff die Therapie (Bettruhe, Pantopon, Opium) nur bei 11 Fällen ein, und unter diesen sogar bei 5 Fällen = Fälle von Aborti incompleti, bei denen man Anfangs an abortus imminens dachte, natürlich von vornherein ohne Erfolg. Die Therapie setzte also eigentlich nur bei 6 Fällen von Aborti imminens ein, und da allerdings mit dem Erfolg, daß alle 6 Fälle aufgehalten wurden. Ganz anders dagegen war es bei den Fällen von einfacher „Retroflexio uteri gravidi mit intakter Gravidität“. Von 42 zur Behandlung = Aufrichtung gelangenden Fällen waren 32 nach der ersten Aufrichtung vollkommen beschwerdefrei. D. h. in 76,9% der Fälle von einfacher Retroflexio uteri gravidi, die mit intakter Gravidität zur Behandlung kamen, führte die Behandlung primär zur Beseitigung der Lagoanomalie und

zur Erhaltung der Gravidität. In weiteren 5 Fällen mußte zwar wiederholt aufgerichtet werden, aber dennoch war ebenfalls wieder eine Normallage des Uterus und eine intakte Gravidität hergestellt; mit anderen Worten: von 42 behandelten Fällen führte in 37 Fällen (= 90,9 %) die Behandlung zur Erhaltung der Gravidität.

b—c) Einen ebensoguten therapeutischen Ausgang zeigten die Fälle von Retroflexio uteri gravidi incarcerata, bzw. incarcerata partialis. Bei 7 von 8 Fällen, d. h. in 90,9 %, die mit intakter Gravidität zur Behandlung kamen, führte die Behandlung zur Beseitigung der Lageanomalie und zur Erhaltung der Gravidität.

d) Bei einem beobachteten Falle von Retroflexio uteri gravidi fixata ist der Ausgang ungeklärt (und auch prognostisch nicht zu verwerten).

e) Ein Fall von Retroflexio uteri gravidi partialis konnte ebenfalls nach Behandlung bei Wohlbefinden und intakter Uteruslage entlassen werden.

Prognose: Bezüglich der Prognose der Retroflexio uteri gravidi im allgemeinen, ob mit oder ohne Beschwerden, mit gestörter Gravidität, gilt der Leitsatz: Je früher die Patientinnen sich in Behandlung begeben und je weniger die Störung der Gravidität fortgeschritten ist, desto besser läßt sie sich therpeutisch beeinflussen und desto günstiger gestaltet sich der Ausgang bezüglich der Erhaltung der Gravidität. Kommen die Fälle z. B. im Stadium eines Abortus imminens oder gar gleich schon, wenn sie die ersten Beschwerden verspüren, z. B. Ziehen im Unterleib, ausstrahlend nach dem Kreuz usw. bei noch intakter Gravidität, dann ist die Prognose für die Erhaltung der Schwangerschaft durchaus günstig zu stellen. Hierfür spricht die von uns erreichte Erfolgsziffer von 86,04 % für „Retroflexiones" mit intakter Gravidität. Sogar bei der Retroflexio uteri gravidi incarcerata bzw. incarcerata partialis ist die Prognose für das Fortbestehen der Gravidität als günstig zu bezeichnen, wenn die Patientinnen sofort bei geringeren Störungen von seiten der Harnblase zur Behandlung kommen. Sonst hängt die Prognose in diesen Fällen ganz von dem Grad der bereits eingetretenen Blasenschädigung ab. Besonders hervorgehoben zu werden verdient die Tatsache, daß in 2 der beobachteten Fälle mit schwereren Blasenstörungen (Cystitis, vorübergehende Pyelitis mit blutiger Urinentleerung) durch rechtzeitiges therapeutisches Eingreifen der Krankheitsverlauf dennoch eine günstige Wendung nahm, trotzdem zunächst wegen der bereits vorhandenen schweren

Blasenstörungen die Prognose hinsichtlich der Erhaltung der Gravidität als zum mindesten zweifelhaft gelten mußte. Im allgemeinen sind mit hochgradigen Blasenstörungen einhergehende Fälle von weniger gutem Erfolg gekrönt. Ist dagegen die Störung der Schwangerschaft schon zu weit fortgeschritten, d. h. der Abortus imminens schon zu einem Abortus incipiens oder gar im Gange geworden, dann ist an eine Erhaltung der Gravidität nicht mehr zu denken. — Bei der Retroflexio uteri gravidi fixata wird man im allgemeinen nur auf dem Wege der Operation zum Ziele kommen. —

Anderweitige Lageanomalien des schwangeren Uterus (außer Retroflexio uteri):

Nach Abhandlung der zahlenmäßig weitaus größten Gruppe von Lageveränderungen des schwangeren Uterus, den retroflektierten Uteruslagen, folgt nun die Besprechung der übrigen Lageanomalien des Uterus. — Zu Beginn wiederum eine statistische Zusammenfassung der Fälle, an Hand deren sie entsprechend der Häufigkeit ihres Auftretens nacheinander abgehandelt werden sollen.

Art der Lageanomalie:	Anzahl der Fälle	Ausgang: Aborte:	Intakte Grav.:	fraglich:
1. Spitzwinklige Anteversio-flexio (= Hyperanteversio) uteri gravidi:	12	10	2	0
2. Dextropositio uteri gravidi:	6	5	1	0
3. Dextro- bzw. Sinistroversio uteri gravidi:	4	3	1	0
4. Uteri gravidi in Streckstellung:	2	2	0	0
5. Antevertiert-reklinierte Uteruslage:	1	1	0	0
6. Retropositio uteri gravidi:	1	1	0	0
7. Descensus uteri gravidi:	4	1 (1 Operativ beendet)	0	2

Die erste Gruppe bilden die hyperantevertierten (= spitzwinkl. antevert. flekt.) Uteruslagen, deren 12 beobachtet wurden.

Bei ihnen hat man nach v. Jaschke noch nicht das Recht, von einer pathologischen Anteversio-flexio zu sprechen, vielmehr kommt diese Bezeichnung nach seiner Ansicht erst den Fällen dieser Lageverschiedenheit am Ende der Gravidität (Hängebauch) zu. Bei einer Retroflexio kann man von vornherein behaupten, daß sie sich nicht mehr in den Grenzen des Physiologischen bewegt, weil eine sich selbst überlassene Retroflexio uteri gravidi — soweit keine Spontanaufrichtung erfolgt — stets zu einer Störung der Schwangerschaft führen muß. Anders bei der Hyperanteversio. Hierzu sei einmal die physiologische Tatsache erwähnt, daß die normale Anteversio-flexio bei der stehenden Frau wesentlich stärker ausgeprägt ist, wie bei der zurückgelehnten oder liegenden. Zum anderen variiert die Anteversio ganz nach dem Grad der Blasenfüllung. Immerhin ist es begründet, wie aus der Beobachtung einer Reihe von Fällen von Hyperanteversio zu Beginn der Gravidität ersichtlich, daß man nicht stillschweigend an ihr vorübergehen darf, sondern, daß sie berechtigt, auch wenn man sie nicht direkt als pathologische Lage bezeichnen kann, sie doch zu den Lageanomalien zu rechnen, wie im folgenden noch weiter ausgeführt werden soll.

Die weitaus häufigsten Beschwerden bestanden in Blutungen, die bei einem hohen Prozentsatz der Fälle (stärker werdend, oft Abgang von Klumpen) früher oder später zu Aborten führten.

In einem Teil der Fälle bestand Fluor, in 25% der Fälle Kreuz- und Unterleibschmerzen. In 2 Fällen handelte es sich um 2. bezw. 3. Gebärende in jüngeren Jahren (22 und 25 Jahr) (Geb. J. 1923/312; (Geb. J. 1926/504), die bei jeder Gravidität spontan abortierten. Beide Male waren es grazil gebaute infantile Individuen, von denen man bei dem einen Fall (Geb. J. 1926/504) annahm, daß die habituellen Aborte, um solche handelt es sich ja fraglos, ihre Ursache im infantilen Genitale hätten. — Nach Menge, Reifferscheid und anderen ist die spitzwinklige Anteflexio häufig der Ausdruck einer infantilistischen Asthenie. Aus diesem Grunde dürfte sie — nach Nürnberger — doch gelegentlich zu Aborten Veranlassung geben. Die Ursache für den habituellen Abort beim infantilen bzw. infantil-hypoplastischen Uterus ist in seiner „mangelnden Tragfähigkeit" (s. v. Jaschke Lehrbuch) zu erblicken. Während noch vor wenigen Jahren die biologischen Grundlagen dieser „mangelnden Tragfähigkeit" in völliges Dunkel gehüllt

waren, dürfen wir auf Grund neuerer Forschungen (Knaus, Rossenbeck) wohl vermuten, daß es sich dabei um eine noch unvollkommene Ausbildung des hormonal-ionalen Zusammenspiels handelt, daß wir heute als Grundlage der „physiologischen Schwangerschaftsatonie", d. h. der den ungestörten Verlauf der Schwangerschaft verbürgenden Ruhigstellung des Fruchthalters, betrachten müssen.

In einem Fall (Geb. J. 1930/463) wurden auch stärkere Beschwerden von seiten des Harnapparates vorgebracht, und zwar handelt es sich um seit den letzten 14 Tagen gehäufteren Harndrang mit ziehenden Schmerzen im Unterleib.

Ein einziger Fall verlief vollkommen beschwerdefrei. Es handelte sich um eine Patientin, bei der der Hausarzt angeblich eine spitzwinklige Abknickung der Gebärmutter festgestellt hatte, und die aus diesem Grunde kam, um hierüber den Rat der Klinik einzuholen.

In einem weiteren Fall (Geb. J. 1926/19) war der Stuhl stark angehalten. Patientin hatte angeblich wegen ihrer „Abknickung" im 2. Monat einen Ring eingelegt bekommen.

Zusammenfassung: Betrachten wir diese 12 Fälle von spitzwinklig antevertiert-flektierter Uteruslage zusammenfassend, so hatten sie mehr oder weniger nur das eine Symptom der Blutung gemeinsam. Die anderen Beschwerden waren recht verschiedene und vielseitige. Zum Teil bestand Fluor (2 Fälle) ein Teil klagte über Kreuz- und Unterleibsschmerzen (3 Fälle). In einem Fall bestanden stärkere Beschwerden von seiten des Harnapparates, die in gehäufterem Harndrang mit ziehenden Unterleibsschmerzen bestanden, deren Ursache jedoch nicht genauer zu ergründen ist. In einem anderen Falle bestand starke Obstipation. In zwei Fällen handelte es sich um „habituelle Aborte" bei grazil gebauten infantilen Individuen. Nur ein Fall war vollkommen beschwerdefrei. Aus diesem bunten Gewürfel von Symptomen geht eindeutig hervor, daß wir daraus keinen einheitlichen, für diese Art der Lageanomalie zutreffenden Symptomenkomplex herleiten können. Von der Gesamtzahl von 12 Fällen mit spitzwinkliger Anteflexio kamen 10 Fälle mit bereits gestörter Gravidität zur Behandlung. Die Störung der Gravidität war bei den meisten Fällen derart fortgeschritten, daß ein Aufhalten von vornherein in Frage gestellt war. Aus diesem Grunde endeten 10 von 12 Fällen in Aborten und nur in zwei Fällen ließ sich die Schwangerschaft erhalten.

Zur Therapie sei bemerkt, daß sie in allen den Fällen, in denen die Störung der Gravidität noch nicht zu weit fortgeschritten war, darin gipfelte, die Gravidität zu erhalten. So behandelte man 9 Fälle zunächst mit Ruhigstellung (Bettruhe, Pantopon, Opium). Diese therapeutischen Maßnahmen hatten leider nur den Erfolg, daß nur bei zweien dieser Fälle der drohende Abort aufgehalten wurde. Bei den übrigen Fällen (außer 2 Spontanaborten) mußte durch Abrasio bzw. digitale Ausräumung eine raschere Beendigung der ohnedies nicht aufzuhaltenden Aborte herbeigeführt werden.

In dem einen Falle (Geb. J. 1926/19), bei dem im 2. Graviditätsmonat angeblich außerhalb wegen „Knickung der Gebärmutter" ein Ring eingelegt wurde, folgte jetzt konservative Behandlung durch Ruhigstellung (Bettruhe). Hierauf ließen die Beschwerden bald nach; bei der Entlassung nach 8 Tagen konnte eine intakte Gravidität festgestellt werden.

In dem Falle (Geb. J. 1930/463), bei dem Störungen von seiten des Harnapparates auftraten und der ebenfalls konservativ durch Ruhigstellung behandelt worden war, trat ebenfalls nach 8tägiger Behandlung Besserung ein. Leider fehlen Berichte über weiteren Verlauf bzw. Ausgang.

Die 2. Gruppe behandelt die

dextroponierten Uteruslagen.

Hiervon gelangten 6 Fälle zur Beobachtung. In zwei Fällen handelte es sich um Verdrängung infolge von Tumoren, und zwar beide Male um Tumoren der linksseitigen Adnexe; einmal (1926/625) um einen entzündlichen Adnextumor, das andere Mal (1929/43) um eine zystische, dem lk. Ovar angehörende Geschwulst, die beide eine Rechtsverdrängung des graviden Uterus zur Folge hatten. In beiden Fällen bestanden die gleichen Beschwerden: Fluor, Stuhlträgheit, Schmerzen im Unterleib, beim einen im zweiten, beim andern im dritten Monat einsetzende, immer stärker werdende Blutung. Da ein Aufhalten der Gravidität von vornherein aussichtslos erschien, weil es sich das eine Mal um Abortus completus febrilis, das andere Mal um Abortus incompletus febrilis handelte, so beschleunigte man in dem einen Fall durch digitale Ausräumung, in dem andern durch Eisblase und Secarcornin den Ausgang.

Allgemein sei zur Frage der Adnextumoren und gleichzeitiger Gravidität gesagt: es gibt entzündliche Erkrankungen der Adnexe und echte Tumoren (Neoplasma). Die entzündlichen Erkrankungen können schon vor der Schwangerschaft bestanden haben oder sich erst im Verlauf der Gravidität einstellen. Statistische Angaben über Häufigkeit von Gravidität nach vorausgegangener entzündlicher Adnexerkrankung lassen sich nach Nürnberger nur schwer gewinnen. Es besteht durchaus die Möglichkeit, daß eine Schwangerschaft bei gleichzeitigem Bestehen eines entzündlichen Adnextumors ausgetragen werden kann. Häufiger stellt sich jedoch, wie auch in unserem Falle, eine Schwangerschaftsunterbrechung ein (Nürnberger). Blanc stellte in 45 % aller beobachteten Fälle Unterbrechung der Gravidität fest. Bezüglich der Ursache der Unterbrechung nimmt Veit ein Uebergreifen der Entzündung auf den Uterus an, Wertheim Wachstumsbehinderung des Uterus durch Adhäsionen. Schröder und Neuendorff-Vick schuldigen die bei entzündlichen Adnexerkrankungen häufig angetroffene entzündliche Veränderung des Endometriums an. — Ovarialtumoren geben ebenfalls öfter Anlaß zu Aborten nnd Frühgeburt. Nach v. Franqué ist das Zusammentreffen von Ovarialtumoren und Gravidität recht selten. Relativ am häufigsten beobachtete er Dermoide, dann folgten Kystome und Parovarialzysten, am seltensten waren solide Tumoren, manchmal beidseitig. Ferner kann es (nach v. Franqué) dadurch, daß der Uterus größer wird und den Tumor somit immer höher drängt, zu dem gefährlichen Zustand der Stieldrehung kommen, in deren Gefolge peritonitische Erscheinungen eintreten, die leicht zu Abort führen. Kleinere Tumoren lassen sich oft garnicht feststellen, wie überhaupt ein bestehender Ovarialtumor durch die Gravidität nach v. Franqué oft sehr schwer zu diagnostizieren ist. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und besonders unter der Geburt können Tumoren oft zu schweren Komplikationen führen. Ihre Erörterung würde jedoch im Rahmen der Arbeit, die sich auf die Anomalien in der Frühgravidität beschränkt, zu weit führen.

Was die übrigen Fälle von dextroponierter Uteruslage (4) anlangt, so stand im Vordergrund wieder eine frühzeitig einsetzende Blutung, — teilweise mit Unterleibsschmerzen verbunden — die in drei Fällen zu Aborten führte. Nur in einem Falle konnte durch konservative Behandlung (Bettruhe, Opium) ein drohender Abort aufgehalten und nach weiterem Wohlbefinden bei Entlassung eine intakte Gravidität festgestellt werden.

Zusammenfassung: Von 6 beobachteten dextroponierten Uteruslagen führten 5 zu Aborten. Nur bei einem Fall von drohendem Abort konnte die Gravidität erhalten bleiben.

Es folgt nun die Besprechung der zur Beobachtung gelangenden (4) Fälle von Sinistro- bzw. Dextroversio uteri gravidi.

In 3 Fällen handelte es sich um sinistrovertierte Uteruslagen, von denen eine durch einen rechtsseitigen Adnextumor (Geb. J. 1926/408) (= derbe zystische Geschwulst) ursächlich begründet war, in einem Fall (Geb. J. 1920/124) um eine dextrovertierte Uteruslage. Dreimal wurden diese Lageanomalien bei I. Graviden in jüngeren Jahren beobachtet, einmal bei einer V. Graviden, die schon 4 Spontanpartus hinter sich hatte.

Blutungen im 2. bis 3. Graviditätsmonat waren wiederum das Hauptsymptom. Daneben bestanden auch bisweilen Unterleibsschmerzen. Bei dem Falle (Geb. J. 1926 408) von Sinistroversio durch Tumor traten auch Beschwerden von seiten des Harnapparates auf, die in gehäuftem schmerzhaftem Wasserlassen und gleichzeitigen Schmerzen in der rechten Nierengegend bestanden.

Was die Therapie angeht, so versuchte man in 3 Fällen durch konservative Behandlung (Bettruhe und Gabe von Pantopon und Opium) die Aborte aufzuhalten. Bei dem Fall „Linksverdrängung" handelte es sich um einen Aburtus completus febrilis (V. VI.), den man mit Argochrom und Kaseosan behandelte.

In zwei Fällen von Sinistroversio mißlang das Aufhalten der Aborte jedoch, da diese Aborte schon zu weit vorgeschritten waren. Der eine mußte durch Abrasio beschleunigt werden, der andere abortierte spontan. — Was den Fall von Dextroversio anlangte, so schritt man neben oben erwähnter konservativer Behandlung noch zur Aufrichtung des Organs, was ohne jegliche Schwierigkeiten und ohne Narkose gelang. Der Erfolg bestand in einem Sistieren der Blutung. Der drohende Abort war somit aufgehalten. Auch die Kontrolluntersuchung ließ, wenn auch hierbei wiederum eine leichte Dextroversio festgestellt werden konnte, doch bei jetzt völliger Beschwerdefreiheit der Patientin auf eine intakte Gravidität schließen.

Von Uteri in Streckstellung gelangten 2 Fälle zur Beobachtung. Im ersten Fall handelt es sich um eine 33jährige III. Gravide im 3. Monat, deren erste Gravidität in einem Spontanpartus, die zweite in einem Abort im 2. Monat (angeblich ohne äußere Ursache) endigte. Jetzt bekam sie, angeblich nach einem Unfall, ziehende Schmerzen im

Unterleib, verbunden mit Blutung und Urindrang. Nach sofortiger konservativer Behandlung, die in strikter Bettruhe und Gaben von Pantopon bestand, kam nach 2½ Tagen die Blutung zum Stehen. Der drohende Abort war somit zum Stillstand gebracht. Patientin konnte nach wenigen Tagen bei subjektivem Wohlbefinden und intakter Gravidität entlassen werden. - In diesem Falle kommt wohl (sofern irgendwelche verbotenen Eingriffe auszuschließen sind) der Unfall, den Patientin gehabt haben will, als auslösendes Moment für den drohenden Abort in Frage. Auf der anderen Seite ist aber auch nicht von der Hand zu weisen, daß die Lageanomalie des Uterus den drohenden Abort mit verursacht haben kann.

Im zweiten Fall handelt es sich um eine (verheiratete) 38jährige IV. Gravide im 2. bis 3. Graviditätsmonat von asthenischem Habitus, die zwei Spontangeburten und zuletzt einen Abort im 3. Monat durchmachte. Als Beschwerden hatte sie anzugeben: seit der Gravidität starker Fluor, zeitweise leichte Obstipation, seit 5 Tagen, angeblich ohne jegliches äußeres Moment, starke Blutung. Es handelte sich nach dem klinischen Befund um einen Abortus incompletus im 2. bis 3. Monat, bei dem man wegen des starken Blutverlustes sofort zur Abrasio schreiten mußte.

In diesem Falle ist doch wohl anzunehmen, daß der Abort auf die Lageveränderung des Uterus zurückzuführen ist. Die vorausgegangene, nach früheren Spontangeburten ebenfalls im 3. Monat in Abort endigende Gravidität läßt zum mindesten den berechtigten Verdacht aufkommen, daß schon damals ebenfalls eine den Abort ursächlich bedingende Lageanomalie des Uterus vorhanden war. Wohl handelt es sich nach den klinischen Angaben um ein infantiles Individuum, doch läßt die Tatsache der zweimaligen Spontangeburt wohl die Annahme ausschließen, daß der infantile Habitus als ursächliches Moment für die Aborte in Frage kommt.

Die Beurteilung solcher Fälle bezüglich des ursächlichen Momentes der einsetzenden Blutungen und somit des Abortes ist natürlich oft sehr schwer. Man muß eben die Angaben der Patientin auf ihre Glaubwürdigkeit prüfen. Ferner muß man sich mit der Familiengeschichte, (verheiratet, unverheiratet, Kinder, viel oder wenig, früher gehabte Aborte) und dem Milieu näher abgeben. Erst wenn man nach diesen Gesichtspunkten vorgegangen ist und keinerlei positiven Anhalt für eine absichtlich herbeigeführte Schwangerschaftsunterbrechung

findet, dann erst kann man, ja muß man daran denken, Unregelmäßigkeiten des Organismus dafür anzuschuldigen.

Im weiteren sei ein Fall von anteflektiert reklinierter Uteruslage bei einer 23jährigen II. Graviden besprochen (Geb. J. 1923/506), deren erste Gravidität in einem glatten Spontanpartus endete. Neben geringen Rückenschmerzen bestanden zunächst während der ersten 3 Schwangerschaftsmonate keine weiteren Beschwerden. Zu Beginn des 4. Monats traten jedoch angeblich nach schwerer Arbeit ziehende, direkt wehenartige Schmerzen auf, die vom Rücken in den Unterleib ausstrahlten. Am Vortage der Aufnahme setzte eine starke Blutung mit späterem Abgang von Klumpen ein, die die Patientin zur Kliniksaufnahme zwang.

Klinisch wurde ein Abortus incompletus festgestellt, der wegen stark anhaltender Blutung durch sofortige Abrasio beendet werden mußte. Da von der angeführten Lageanomalie nur ein einziger Fall zur Beobachtung kam, ist naturgemäß über die kausale Bedeutung der erwähnten Lageanomalie für das Ingangkommen des bereits außerhalb der Klinik teilweise erledigten Abortes nichts sicheres auszusagen; die Annahme eines solchen Zusammenhanges müßte zum mindesten als gewagt bezeichnet werden, da ja die anteflektiert-reklinierte Uteruslage als vorübergehender Zustand sozusagen „tag-täglich" — mit zunehmender Füllung der Harnblase — vorkommt. Inwieweit indes die dauernde Beibehaltung einer derartigen Lage des frühgraviden Uterus die Tendenz zum Abort in sich schließt, dürfte wohl erst an Hand eines größeren Beobachtungsmateriales zu entscheiden sein.

Ueber den nächsten Fall von veränderter Uteruslage kann wegen der spärlichen Unterlagen nur kurz berichtet werden. Es handelt sich um eine 42jährige IV. Gravide (Geb. J. 1923/440), deren frühere Gaviditäten in Spontanpartus endigten. Ueber irgendwelche Beschwerden, seien es frühere oder seit der jetzigen Gravidität, ist weiter nichts erwähnt. Bei sonst normaler Anteflexio konnte man bei ihr eine Retropositio des graviden Uterus feststellen. In der Klinik kam es plötzlich zum Einsetzen einer Blutung und Spontanausstoßung der Frucht. Dieser Fall jedoch kommt für die Bewertung der retroponierten Uteruslage bei Gravidität nicht in Betracht, da die Ursache nicht geklärt und lediglich Abortus incompletus festgestellt wurde.

Von descendierter Uteruslage wurden 4 Fälle beobachtet. Beim ersten Fall, einer 28jährigen III. Graviden mit grazilem Körper-

bau (Geb. J. 1926/490), die zwei normale Spontangeburten hinter sich hatte, handelt es sich um einen reinen Descensus des Uterus. Die vorgebrachten Beschwerden, die darin bestanden, daß Patientin seit zwei Tagen über Fieber mit Schüttelfrost und seit einem Tage über starke Blutung klagte, hängen offensichtlich (man denkt in erster Linie an einen kriminellen Eingriff) nicht mit der veränderten Uteruslage zusammen. Aus diesem Grunde hat für uns dieses Moment weniger Interesse als vielmehr die Tatsache der Lageanomalie. Auch die eingeschlagene Therapie (=konservative Kaseosanbehandlung) rückt mehr in den Hintergrund. Betrachtet man also den Fall unter dem Gesichtspunkt der Lageveränderung, um einen solchen handelt es sich ja fraglos, so gelangt man wohl doch zu der Ueberzeugung, daß diese mit dem grazilen Körperbau ursächlich zu verbinden ist, und noch in besonderem Maße, als gerade bei Mehrgebärenden dieser Kategorie eine höhergradige allgemeine Weichteilerschlaffung auftritt. Damit konform geht auch die Erschlaffung des Band- und Stützapparates des Uterus. Folgerichtig findet somit der Descensus hierin seine Erklärung.

Im zweiten Falle, einer 31 jährigen III. Graviden mit 2 Spontangeburten (Geb. J. 1930/525), handelt es sich um einen Descensus des an und für sich stumpfwinklig anteflektierten Uterus, der gleichzeitig rekliniert ist. Was die Beschwerden anlangt, so klagte Patientin seit 2 Jahren über vermehrten Ausfluß, der sich in den letzten 14 Tagen noch wesentlich verstärkte. Daneben bestanden ständige Schmerzen ziehenden Charakters im Unterbauch (ebenfalls in letzter Zeit vermehrt). Gleichzeitig fand man eine leichte Erschlaffung der Bauchmuskulatur in Gestalt eines Hängebauchs bei sonst normaler Konstitution. Als Ursache des Descensus in diesem Falle ist wohl eine leichte allgemeine Weichteilerschlaffung anzunehmen, die sich ja auch rein äußerlich in dem geringen Hängebauch zeigte. Auch die eingeschlagene Therapie fußt ganz auf diesem Gedanken. Sie besteht in rein konservativem Vorgehen und zwar wird ihr dringendst angeraten, zur Stützung und zum Halt eine Leibbinde zu tragen. Leider läßt sich bezüglich des Behandlungserfolges, bezw. des weiteren Verlaufs nichts berichten, da Patientin zu den ihr angeratenen Kontrolluntersuchungen nicht erschien.

Auch im dritten Falle (Geb. J. 1923/406), einer 34 jährigen IV. Graviden, handelte es sich um einen reinen Descensus, die Portio stand etwas unterhalb der Spinalebene, wurde indes durch einen Ring noch hochgehalten bezw. am Tieftreten gehindert. Symptomatho-

logisch bestanden in der Hauptsache schwerere Störungen des Allgemeinbefindens, körperlich starkes Schwächegefühl und vollkommene Leistungsunfähigkeit.

Für das therapeutische Verhalten war bestimmend einmal die infolge rascher Aufeinanderfolge der vorausgegangenen Schwangerschaften eingetretene schwere körperliche Schwächung der Patientin, der man die durch das Fortbestehen der jetzigen Gravidität zu erwartende weitere Schwächung nicht glaubte zumuten zu können, zum anderen der bestehende Prolaps der vorderen Vaginalwand. Aus diesen beiden Beweggründen entschloß man sich zur Interuptio und mit dem Einverständnis der Frau, die ja schon 4 Kinder hatte, zur Sterilisierung durch supravaginale Amputation des Uterus. In diesem Falle bestimmte das Zusammentreffen eines Descensus uteri gravidi mit gleichzeitigem großem Prolaps der vorderen Scheidewand mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens sowie einer herabgesetzten Leistungsfähigkeit des Kreislaufes das therapeutische Handeln. Wenn im vorliegenden Fall der an sich zu erwartende weitere Verlauf nicht abgewartet, sondern zur Interruptio und gleichzeitigen Sterilisierung geschritten wurde, so geschah das in erster Linie nicht wegen des Zusammentreffens von Schwangerschaft und Prolaps, als vielmehr wegen der durch rasche Aufeinanderfolge der früheren Schwangerschaften bedingten, völligen Leistungsunfähigkeit sowie wegen einer stark unregelmäßigen schwankenden Herztätigkeit mit erhöhtem Blutdruck. Die Indikation zur Interruptio und Sterilisierung war also nicht gegeben durch die vorhandene Lageanomalie des schwangeren Uterus, sondern vielmehr durch die schweren Störungen des Allgemeinbefindens unter spezieller Mitbeteiligung einer funktionellen Minderwertigkeit des ganzen Kreislaufsystems. Im allgemeinen ist die Prognose bei einfachem Descensus des frühgraviden Uterus, — selbst in Verbindung mit einem mehr oder minder großen Vorfall von Teilen der Scheidewand — relativ günstig zu stellen. Hier ist der Verlauf gewöhnlich der — von manchen Zufälligkeiten natürlich abgesehen — daß der Prolaps infolge des immer mehr zunehmenden Volumens des Organs ungefähr im 4. Monat verschwindet, und auch bis einige Zeit nach der Geburt verschwunden bleibt (v. Jaschke). Dabei treten in der Regel irgendwelche Schwangerschafts- oder Geburtsstörungen nicht auf. Der Ausgang ist also bei dieser Art von Lageanomalien im allgemeinen doch ein recht günstiger.

Im Anschluß hieran sei noch ein Fall (Geb. J. 1922/501) von Descensus uteri gravidi Mens 4. cum Elongatione colli erwähnt, eine Komplikation, der praktisch eine viel größere Bedeutung zukommt als dem zuvor erwähnten einfachen Prolaps. Dieser verlief jedoch im Gegensatz zu andern ähnlich gearteten Fällen, die oft wesentliche Schwierigkeiten bereiten können, sowohl für die Patientin als auch bezüglich der einzuschlagenden Therapie relativ günstig. Es handelte sich um eine etwas schwächliche Frau mit grazilem Knochenbau und schlecht entwickelter Muskulatur. Die pralle, plumpe Portio ragte bei der Aufnahme 2—3 Querfinger aus der Schamspalte heraus, Collum stark elongiert. Die Beschwerden bestanden in der Hauptsache in Kreuzschmerzen, seit 4 Wochen bestehenden Durchfällen und mäßigem Fluor.

Die Therapie bestand in der Reposition des Organs, die verhältnismäßig einfach war. Zur Beibehaltung der korrigierten Lage legte man einen Schalenpessar ein. Die Beschwerden, besonders die Kreuzschmerzen, ließen hierauf bald nach. Das Pessar mußte jedoch, da es wiederholt bei Miktionen ausgestoßen wurde, erneut eingelegt werden. — Ueber den weiteren Verlauf liegen keine Berichte mehr vor.

Zum Abschluß seien noch einmal unsere Beobachtungen über anderweitge Lageanomalien des schwangeren Uterus (außer Retroflexiones uteri) kurz zusammengefaßt. Das Ergebnis ist folgendes: Zur Beobachtung gelangten eine Gesamtzahl von 30 Fällen der verschiedensten Lageanomalien des Uterus (mit Ausnahme der Retroflexio uteri). (Siehe Statistische Zusammenfassung Seite 29). Von diesen 30 Fällen konnte nur in 4 Fällen die Gravidität erhalten bleiben (d. h. 13½% der Fälle). In zwei Fällen ist der Ausgang als fraglich zu bezeichnen. Bei einem Fall erfolgte (nach besonderer Indikationsstellung) Interruptio. 23 Fälle endeten in Aborten (d. h. 76,7% der Fälle). Allgemein sei bemerkt, daß äußerst schlechte Resultate bezüglich der Erhaltung der Gravidität in den einzelnen Fällen erzielt wurden. Dies hängt damit zusammen, daß die Therapie erst zu spät einsetzen konnte und zwar deshalb, weil die Mehrzahl der Fälle erst als Abortus incompletus, completus, die wenigsten als Abortus imminens zur Behandlung kamen. Mit anderen Worten: Die Graviditätsstörungen waren schon zu weit fortgeschritten. Betrachten wir die Ergebnisse der einzelnen Untergruppen gesondert, so folgt:

Von 12 spitzwinklig antevertierten Uteri gravidi endigten 10 in Aborten (=84%), 2 blieben intakt.

Von 6 dextroponierten Uteri gravidi endigten 5 in Aborten (83%), einer blieb intakt.

Von 4 Fällen von Dextro- bezw. Sinistroversio uteri gravidi endigten 3 in Aborten, einer blieb intakt.

2 Fälle von Uteri in Streckstellung endigten beide in Aborten.

Desgleichen endigte ein Fall von antevertiert reklinierter und retroponierter Uteruslage in Abort.

Von 4 Fällen von Descensus uteri gravidi ist bei 2 Fällen der Ausgang fraglich, einer abortierte spontan und einer wurde operativ beendet.

Berücksichtigt man nur die Fälle, die noch mit intakter Gravidität zur Behandlung kamen, so folgt für die spitzwinklig-anteflektierten Lageanomalien des graviden Uterus, daß deren nur zwei noch intakt zur Behandlung kamen. Beide blieben, jedenfalls solange sie in klinischer Beobachtung standen, intakt. Der Behandlungserfolg war somit für diese Fälle ein 100%iger.

Von den dextroponierten Uteruslagen gelangte kein Fall mit noch intakter Gravidität zur Behandlung. Nur bei einem Falle, der als „drohender Abort" in die Klinik aufgenommen wurde, konnte die Gravidität erhalten werden.

Bei den dextro- bzw. sinistrovertierten Uteruslagen waren die Verhältnisse ähnlich gelagert. Es kam ebenfalls kein Fall mit noch intakter Gravidität zur Behandlung. Bei einem Fall, wiederum von „drohendem Abort", wurde der Abort aufgehalten.

Was die 4 Fälle von Descensus uteri gravidi angeht, so gelangten 3 mit noch intakter Gravidität zur Behandlung. Die Fälle waren jedoch durch Komplikationen derart getrübt (siehe genaueres bei Abhandlung der Fälle), daß bei einem durch operativen Eingriff die Schwangerschaft beendet werden mußte und zwei bezüglich ihres Ausgangs fraglich verliefen. Somit können wir uns über diese Lageanomalie bzw. ihren Behandlungserfolg kein abschließendes Urteil erlauben.

Schlußbetrachtung.

Wenn wir zum Schluß noch einmal das bearbeitete Material in seiner Gesamtheit überblicken, so ergibt sich daraus die zwingende Schlußfolgerung, daß eigentlich jede Frau während der Zeit der Frühschwangerschaft — am besten am Anfang des dritten Schwangerschaftsmonats — sich einer ärztlichen Untersuchung unterziehen sollte, damit eine etwaige Lageanomalie des schwangeren Uterus rechtzeitig entdeckt und entsprechend behandelt werden kann. Für die Erstgraviden leuchtet diese Notwendigkeit besonders aus der Tatsache ein, daß in einer überaus großen Zahl von Fällen die einfache Retroflexio außerhalb der Schwangerschaft überhaupt keine Beschwerden macht und deshalb für die betreffende Frau unbemerkt bleiben kann. Aber auch für die Mehrgebärende besagt die Tatsache einer oder mehrerer vorausgegangener, in der Frühschwangerschaft störungslos verlaufener Graviditäten in dieser Beziehung nichts, da sich nicht gar zu selten eine Rückwärtsknickung der Gebärmutter erst während des Puerperiums entwickelt und — soweit sie nicht zu Beschwerden führt oder durch ärztliche Untersuchung entdeckt wird — auch hier unbemerkt bleiben kann. Während nun die einfache, unkomplizierte Retroflexio außerhalb der Schwangerschaft keinerlei Behandlung bedarf, liegen die Dinge in der Schwangerschaft grundsätzlich anders. Wenn wir hier von den — hinsichtlich ihrer Häufigkeit heute noch schwer abschätzbaren — Fällen absehen, in denen im Laufe des 4. Schwangerschaftsmonates doch noch eine Spontanaufrichtung erfolgt — so bedarf in der wahrscheinlich überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Retroflexio uteri gravidi unbedingt der Behandlung, d. h. Aufrichtung und Erhaltung in der wiederhergestellten physiologischen Lage, da — wie ja auch aus dem von uns bearbeiteten Material zur Genüge hervorgeht, die nicht zur Spontan-Aufrichtung kommende, sich selbst überlassene Retroflexio uteri gravidi stets zu einer Bedrohung des Bestandes oder gar zur Unterbrechung der Gravidität führen muß. Daneben bestehen auch für die Gesundheit der Mutter selbst — besonders bei Komplikationen von seiten des Darmes oder der ableitenden Harnwege — Gefahren, deren Größe je nach der Schwere der dabei auftretenden Komplikationen keineswegs gering zu veranschlagen ist. Unsere Untersuchungen haben aber auch des weiteren ergeben, daß in den Fällen, in denen eine Retroflexio uteri gravidi rechtzeitig zur Behandlung kommt, diese Behandlung so gut wie immer zu einem vollen Erfolg führt. In den seltenen

Fällen, wo dies bei im Beginn der Behandlung noch scheinbar intakter Gravidität nicht der Fall war, dürfen wir wohl annehmen, daß eben doch schon solche Störungen der Gravidität bestanden, daß die Behandlung schon zu spät kam; es sei hier nur erinnert an die Möglichkeit der Ausbildung retroplazentarer Haematome, die im Augenblick des Behandlungsbeginnes noch keinerlei klinisch wahrnehmbare Symptome, insbesondere noch keine klinisch wahrnehmbare Blutung nach außen hervorgerufen haben mögen, immerhin aber ausreichen können, um durch das zusätzliche Trauma der Aufrichtung die Unversehrtheit der Schwangerschaft soweit zu stören, daß ihr Fortbestand unmöglich wird. Das gleiche gilt natürlich sinngemäß auch für die übrigen in Betracht kommenden Lageanomalien des frühgraviden Uterus, wenn auch mit der Einschränkung, daß hier die Lageanomalie an sich keineswegs mit der gleichen zwingenden Notwendigkeit zu einer Bedrohung des Bestandes der Gravidität führen muß wie bei der Retroflexio uteri gravidi. Aber auch hier bedarf die mit der Lageanomalie vergesellschaftete oder sie hervorrufende Schwangerschaftskomplikation (z. B. Neoplasma oder entzündlicher Adnextumor) unbedingt ärztlicher Ueberwachung.

Für die praktische Durchführung des oben gekennzeichneten Gebotes wird es notwendig sein, einmal die erforderliche Aufklärung in die Bevölkerung hineinzutragen, andererseits aber auch bei den Versicherungsträgern Verständnis dafür zu wecken, daß es sich hier um eine im Rahmen der gesamten bevölkerungspolitischen Maßnahmen keineswegs zu vernachlässigende Aufgabe handelt, und daß die Schaffung von Erleichterungen für ihre Durchführung Dienst an der Familie und damit am ganzen Volk bedeutet.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, am Schlusse meiner Ausführungen Herrn Prof. Dr. Rud. Th. v. Jaschke für die freundliche Ueberlassung des Materials, sowie Herrn Priv.-Doz. Oberarzt Dr. Rossenbeck für die freundliche Unterstützung bei der Ausführung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Schrifttum.

Fehling: Deutsche Klinik, XX. Jahrhundert 9, 58. Berlin und Wien 1904.

v. Franqué: Störungen der Schwangerschaft und Geburt durch Regelwidrigkeiten der Geschlechtsteile und ihrer unmittelbaren Nachbarschaft. Stoeckel, Lehrbuch der Geburtshilfe.

Howitz: Literatur — nach Nürnberger bzw. Franz — bei Sandberg, am. gyn. and obst. journ. Febr. 1897.

v. Jaschke: Lage- und Bewegungsanomalien des weiblichen Genitalapparates. Stoeckel, Handbuch der Gynäkologie.

v. Jaschke: Lehrbuch der Geburtshilfe.

Knauß: Arch. Gyn. 132, 32.

Knauß: Arch. exp. Path. 124, 125.

Martin: Literatur — nach Nürnberger bzw. Franz — bei Sandberg, am gyn. and obst journ. Febr. 1897.

May: Literatur — nach Nürnberger bzw. Franz — bei Sandberg, Am. gyn. and obst journ. Febr. 1897.

Nürnberger: Fehlgeburt und Frühgeburt. Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes, VII. Band, 1. Teil.

Neuendorff — Viek: Lit. bei Nürnberger in Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, VII. 1.

Reifferscheid: Lage- und Gehaltsveränderung der weiblichen Geschlechtsorgane. Halban-Seitz III. Band.

Rossenbeck: Arch. Gyn. 140, 141.

Rossenbeck: Wien. Klin. Wo. Schr. 1931, Nr. 6.

Stoeckel: Die Veränderungen und Erkrankungen der Harnorgane in der Gravidität, während der Geburt und im Wochenbett. Stoeckel Lehrbuch der Geburtshilfe.

Schröder: Literatur bei Nürnberger in Halban-Seitz, VII. 1.

Veit: Literatur bei Nürnberger: Fehlgeburt und Frühgeburt, Halban-Seitz VII. 1.

Wertheim: Lit. bei Nürnberger: Fehlgeburt und Frühgeburt, Halban-Seitz VII. 1.

Lebenslauf.

Ich Oswald, Ludwig, Werner Dieterich wurde am 20. Dezember 1906 als Sohn des Lehrers Ludwig Dieterich und seiner Ehefrau Katharina, geb. Blässer zu Horrweiler, Kreis Bingen geboren. Die beiden ersten Schuljahre wurde ich von meinem Vater privat unterrichtet. Ostern 1915 trat ich in die 3. Vorschulklasse des Realgymnasiums zu Darmstadt ein, welcher Anstalt ich bis zum bestandenen Abitur Ostern 1926 angehörte. Sommersemester 1926 wandte ich mich dem Studium der Medizin an der Landesuniversität Gießen zu. Ich verweilte dort die ersten 6 Semester meines Studiums. Ende des 5. Semesters, Sommer 1928 bestand ich das med. Vorexamen. Sommersemester 1929 bis Sommersemester 1930 einschließlich lag ich in Frankfurt/M. meinem Studium ob. Im Wintersemester 1930 kehrte ich wieder nach der Universität Gießen zurück, wo ich nach vorgeschriebener Semesterzahl am 12. Dezember 1931 mein Studium mit dem med. Staatsexamen beendete. Am 15. Dezember begann ich mit der Absolvierung meines praktischen Jahres, zunächst bis 10. Juli 1932 an der Medizinischen Universitätsklinik zu Gießen, danach bis 15. Dezember 1932 am pathologischen Institut Darmstadt (Bakteriol. Abteilung). Von dieser Zeit an war ich als Volontärassistent am gleichen Institut bis zum 15. August des Jahres tätig, von welchem Zeitpunkt ab ich die I. Assistentenstelle inne habe.